

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

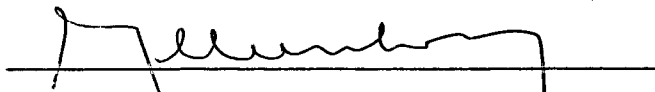
MOVIMENTO DISTAL DE CANINOS ECTÔPICOS
COM A APARATOLOGIA MÓVEL

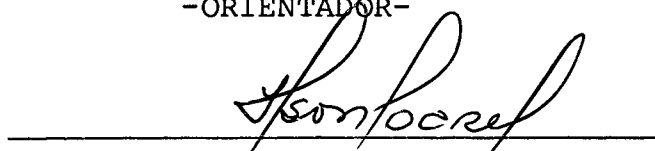
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À UNI-
VERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PARA
A OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS

JOSÉ KINCELER


1 9 8 3

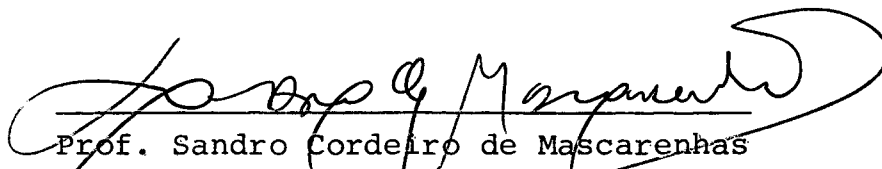
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM CIÊNCIAS-ES-
PECIALIDADE ODONTOPEDIATRIA E APROVADA EM
SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUA-
ÇÃO.


Prof. Dr. Almir Clemente Cunha
-ORIENTADOR-


Prof. Dr. Ilson José Soares
-COORDENADOR DO CURSO-

APRESENTADA PERANTE A BANCA EXAMINADORA COMPOSTA
DOS PROFESSORES:


Prof. Dr. Almir Clemente Cunha


Prof. Sandro Cordeiro de Mascarenhas


Profa. Helenita Caldeira da Silva

OFERECIMENTO

ESTE TRABALHO É DEDICADO

À MINHA FAMÍLIA, PELO APOIO E INCENTIVO QUE
SEMPRE RECEBI E TAMBÉM QUE ESTA TESE SEJA
EXEMPLO A IDEAIS E DE TRABALHO.

AGRADECIMENTOS

Apresento meus sinceros agradecimentos às pessoas que prestaram sua colaboração para melhor desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Doutor ALMIR CLEMENTE CUNHA, inicialmente pelo seu esclarecimento da possibilidade da transformação do projeto inicial de pesquisa neste trabalho, não medindo esforços e sacrifícios para que isto se realizasse. Pela sua sempre pronta atenção, pelo seu incentivo e constante colaboração nos momentos difíceis, trazendo na qualidade de Orientador, diretivas e conhecimentos valiosos, que proporcionaram uma melhor colaboração a este trabalho.

Ao Professor Doutor LAURO CALDEIRA DE ANDRADA, Chefe do Departamento de Estomatologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, que nos incentivou desde o início de nossa vida universitária e criou condições favoráveis para que concluíssemos este trabalho.

Ao Professor SANDRO CORDEIRO MASCARENHAS, pelo estímulo e ajuda, bem como pela sugestão do título.

Ao Professor Doutor PAULO AMARANTE DE ARAÚJO, da Faculdade de Odontologia de Bauru, pela ajuda prestada.

Aos colegas da Disciplina de Ortodontia da UFSC, Professores HERMANO BEILKE VIANNA, SANDRO CORDEIRO MASCARENHAS, PAULO TADEU MATOS e ARNO LOCKS que nos ajudaram nos serviços diários da Faculdade, fazendo com que dispuséssemos de mais tempo para a conclusão do Pós-Graduação e elaboração da presente tese. (*)

Ao Grupo de Apoio Estatístico à Pesquisa (CEC) da Universidade Federal de Santa Catarina que auxiliou ampla e eficazmente na realização dos dados estatísticos.

A todos os alunos das 7^a e 8^a fases dos anos de 1978 a 1981, pela valiosa cooperação e acompanhamento dos casos do presente trabalho.

Ao funcionário, EDSON COSTA, pela experiência e dedicação dos serviços datilográficos apresentados nesta tese.

Ao funcionário MANOEL IVO DA SILVEIRA, pela cooperação no preparo e acabamento eficaz dos modelos deste trabalho.

Ao funcionário LOURIVAL DOS SANTOS pela sua colaboração sempre pronta e pelo eficaz serviço fotográfico desta realização.

(*) Ao Doutor OMAR FRANKLIN MOLINA pela valiosa colaboração na tradução dos diversos textos utilizados nesta realização.

À funcionária MAGDA CAMARGO LANGE RAMOS pela revisão da bibliografia.

Ao Senhor VOLMIR ANTONIO NEGRI pela revisão do vernáculo.

Finalmente, agradecemos a todas as pessoas, que com seu apoio e colaboração em muito contribuíram para que chegássemos ao fim do presente trabalho.

Í N D I C E

	<u>Pág.</u>
TÍTULO	i
JULGAMENTO.....	ii
OFERECIMENTO.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	viii
SUMARY.....	ix
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....	2
CAPÍTULO 2 - REVISTA BIBLIOGRÁFICA.....	5
CAPÍTULO 3 - PROPOSIÇÃO.....	16
CAPÍTULO 4 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
4.1 - DESCRIÇÃO.....	18
4.2 - MATERIAIS EMPREGADOS.....	20
4.3 - DESCRIÇÃO DOS APARELHOS UTILIZADOS.....	20
4.4 - VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
4.5 - DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO DADO A CADA PA CIENTE.....	30
FIGURAS DOS CASOS.....	72
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	135
5.1 - ANÁLISE REALIZADO PELO GRUPO DE APOIO ESTATÍSTICO À PESQUISA (CEC).....	135
5.2 - IDADE	135
5.3 - SEXO.....	136
5.4 - MÃ-OCCLUSÃO.....	136
5.5 - PERÍODO DE TRATAMENTO.....	137
5.6 - DENTES EXTRAÍDOS.....	138
5.7 - AVALIAÇÃO.....	139
5.8 - CORRELAÇÃO DA IDADE E OUTROS FATORES...	140
5.9 - COMENTÁRIOS GERAIS.....	141
CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES.....	152
CAPÍTULO 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

R E S U M O

Durante os anos de 1978 a 1981, foram tratados no Ambulatório do Curso de Graduação em Odontologia 36 pacientes com o uso de aparelhos móveis para a correção dos caninos superiores irrompidos fora do plano de oclusão. Em vista dos resultados alcançados é lícito concluir: que os aparelhos móveis podem ser indicados para a correção de caninos superiores ectópicos, ressaltando os casos em que haja:

1) Dentes 12 e 22 ou ambos cruzados e dentes 13 e 23 ou ambos, em vestibulo versão, em um mesmo caso.

2) Quando o espaço presente for menor que o requerido.

Verificou-se ainda ser a aparatologia móvel de custos reduzidos, com efeitos em tempo relativamente curto e podendo ser empregada e confeccionada por alunos do Curso de Graduação em Odontologia.

Ter a idade influência no tempo de tratamento; quanto mais precoce os dentes 13 ou 23 irromperem em vestibulo versão mais favorável o tratamento.

Houve predominância de tratamentos de pacientes portadores de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita ou esquerda de Angle, embora houvesse casos de caninos ectópicos em outra classe de má-oclusão.

ABSTRACT

From 1978 to 1981, 36 young patients with upper cuspids erupted outside the plane of occlusion, were treated in the orthodontics division, School of Dentistry, Santa Catarina Federal University. Removable appliances were used for replacing these upper cuspids into dental arches.

Considering our favorable results, we can conclude that:

Removable appliances can be indicated for correcting ectopic upper cuspids, except in these occurrences.

a) Teeth 12 or 22, or both, crossed and teeth 13 and 23, or both, in a buccal position, in the same case.

b) When the actual space in the arch is smaller than required space.

We also observed that the price of removable appliances is very lower in comparison to fixed appliances. Its effects are obtained in a shorter period of time and it can be employed and made by under-graduated students.

Age has some influence too, on the period of treatment. The sooner the treatment begins (when 13 and 23 erupt into a buccal position) the more favorable are the results.

During the treatment period, we observed a high frequency of division II class II malocclusion patients, right or left Angle sub-division. Other cases of ectopic cuspids in other types of malocclusion were also observed.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Entende-se por Caninos Ectópicos aqueles irrompidos fora do plano de oclusão. Estes dentes 13 e 23 ectópicos, além de impedir as funções mastigatórias normais, de rasgar ou cortar os alimentos, são anti-estéticos, prejudicando ou mascarando o sorriso normal. Frequentemente, pacientes portadores de tal anomalia, adquirem hábitos viciosos e traumas emocionais. Às vezes profissionais deparam-se com oclusões mistas e mesmo permanentes muito precoces com tal anomalia, cuja incidência ocorre com mais frequência nas Classes I e II 2ª Divisão, Sub-Divisão direita e esquerda de Angle, onde notamos os dentes 13 e 23 ou ambos ectópicos ou seja vestibularizados, por falta de espaço para o seu irrompimento normal na arcada dental. Devido a resultados compensatórios, fator econômico, facilidade de colocação, facilidade de uso, fácil higiene por ser removível e de fácil confecção, o tipo de aparatologia móvel é muito utilizado, sendo recomendado pelos adêptos da Ortodontia como: CHATEAU³, STOCKFISCH¹⁷, HAUPL, GROSMANN & CLARKSON⁷. Entretanto, diversos autores, notadamente os que se dedicam à aparatologia fixa como: STRANG¹⁸, GRABER⁵, SALZMANN¹⁵ e MOYERS¹⁴, contra indicam a aparatologia móvel afirmando que a correção se limita à execução de movimentos méso-distais, exclusivamente coroa do dente, não realizando movimentação total do mesmo ou seja coroa e raiz. A aparatologia fixa neste ponto, apresenta melhores resultados, parecendo mover satisfatoriamente coroa e raiz. Entretanto a correção com aparatologia fixa é custosa, supra-especializada,

limitando demasiadamente, o emprego em clínicas odontológicas, como dos Cursos de Graduação em Odontologia, bem como de profissionais menos preparados. Desde a criação da Universidade de Santa Catarina e do Curso de Graduação em Odontologia, a aparatologia móvel vem sendo empregada para certos tipos de má-oclusão sem contudo realizar pesquisas válidas neste sentido. Pelas razões expostas, julgou-se de importância aprofundar o estudo da utilização e aplicação da aparatologia móvel, fator como já foi afirmado econômico ou seja gastos reduzidos e de menor tempo para correção, abrangendo assim, maior número de pacientes carentes de recursos, os quais constituem a grande maioria.

CAPÍTULO 2

REVISTA BIBLIOGRÁFICA

CAPÍTULO 2

REVISTA BIBLIOGRÁFICA

LEWIS & WASH¹¹, em 1949, verificaram que o uso de um aparelho removível no arco maxilar, facilita o movimento dos caninos, não sendo necessário bandar nenhum dos dentes maxilares. E, torna possível também o movimento de caninos parcialmente irrompidos, ou, em posição, levando-os a sua posição. A técnica da mola helicoidal no arco mandibular possui a vantagem de que o arco é utilizado durante todo o tratamento. Isto logicamente permite maior controle da posição buco-lingual durante o movimento dos caninos. Todos os caninos que estão na chamada supra-oclusão, deverão ser instruídos precocemente no tratamento. Deve ser evitada essa extrusão tanto tempo quanto as bandas e aparelhos fiquem na boca, de tal maneira que durante a retenção, os caninos não contactarão uns contra os outros nas excursões laterais, não entrando assim num colapso precoce.

Em 1950 LEWIS⁹ mostrou a utilização adequada de um aparelho removível, com molas desenhadas de tal maneira que movimentam caninos distalmente naqueles casos de exodontia dos dentes 14 e 24. O aparelho possuía também um recorte de mordida plana para abrir a mordida levemente, realizando assim uma movimentação distal de caninos de uma maneira mais facilmente eliminando a interferência cuspídea. Cita o autor que durante muitos anos, este aparelho foi utilizado com bastante sucesso e como um aparelho pioneiro. Mais tarde foi abandonado por ou-

tro método que na época lhe parecia melhor. O autor cita que na realidade empregou várias técnicas ou métodos alternadamente , com sucesso variado.

ADAMS¹ em 1961, afirmou que o mais importante para se conseguir o movimento mésiiodistal dos dentes utilizando aparelhos removíveis, era o controle da posição dos ápices dentais. O mesmo autor verificou que este movimento não era difícil de conseguir quando se refere à coroa dental, contudo enfatizou que quando o movimento produzido era uma inclinação, existia a dificuldade de que enquanto a coroa era deslocada, esta conseguia ficar na posição requerida, mas o eixo resultante poderia ser indesejável. O autor afirma que o efeito pode ser observado naturalmente nos casos onde se perderam prematuramente os dentes, e as coroas das adjacentes têm-se inclinado simultaneamente, ficando os ápices nas suas posições originais. Ainda diz que em certo grau a raiz de um dente que se inclinou mesial ou distalmente tenderá a seguir a coroa, mas diz que não se pode calcular com certeza a força desta tendência. O autor adverte que é importante quando se deslocam dentes mesial ou distalmente com aparelhos removíveis, considerar cuidadosamente a inclinação axial antes de tentar qualquer movimento. ADAMS¹ afirma que os caninos podem ser retraídos desde a face palatina sempre e quando sejam acessíveis a uma mola por palatino, significando que é necessário que o dente esteja quase que completamente irrompido e com alinhamento normal com o incisivo lateral; o autor observa que em muitos casos, o canino irrompe alto no sulco e fica montado sobre o incisivo lateral de tal maneira que o ponto de contato mesial não pode ser alcançado convenientemente desde a face palatina. Nestes casos, é deslocado mais

facilmente por meio de uma mola auto-suportada no sulco. A mola é feita de fio de aço inoxidável 0,7mm. O extremo livre da mola deve ser dobrada para dentro em ângulo reto e aplicado em íntimo contato com a superfície distal do incisivo lateral, e o extremo do fio deve ser afinado antero-posteriormente por desgaste, para que possa ser inserido entre os dentes a ser aplicado exatamente na superfície mesial do canino. Salienta o autor, que a espiral está disposta na metade do canino entre os 2 braços da mola numa direção para trás, se o canino está colocado alto no sulco, e que o segundo braço da mola terá que ser curto e a espiral da mola não deverá estar muito para trás. O autor observa que uma mola deste tipo é suficiente, apenas quando o campo de ação é limitado, geralmente ao redor de 1/3 do diâmetro mésio-distal do dente, e, quando se tem o cuidado de que o extremo ativo da mola esteja aplicado sobre o dente exatamente no ponto de contato mesial, ou por cima. Se está aplicado abaixo do ponto de contato, estará muito exposto a deslizar para baixo pela vertente ou plano mesial da cúspide, tornando-se ineficiente. Além do mais, afirma ADAMS¹, que na prática de colocá-la na superfície mesial do canino de uma maneira vaga e imprecisa, torna-se igualmente ineficiente na maioria dos casos, já que uma mola construída desta forma terá muita tendência a deslizar para baixo, pelo plano inclinado mesial do dente. A mola deverá ainda ser aplicada exatamente no dente e ativada não mais de 2-2,5 mm, enfatizando que controles freqüentes não necessários com intervalos de mais ou menos 3 semanas, mas esta mola é tão eficiente que o inconveniente das visitas freqüentes não é indispensável. Na retração dos caninos superiores diz o autor, que a ancoragem é um ponto importante,

devido ao grande tamanho das raízes destes dentes e à tendência conseqüente das peças de ancoragem a movimentarem-se mais que os caninos. Contudo, afirma que quando a placa base está corretamente desenhada de modo que qualquer outro dente da arcada seja incorporado ao segmento da ancoragem, tornará bastante possível retrain os caninos sem outros mecanismos secundários. Ainda afirma que o aparelho de retração de caninos anteriormente exposto, pode ser também utilizado para o deslocamento mesial dos mesmos dentes, porque pode agir igualmente em ambas direções.

STOCKFISCH¹⁷ (1962) diz que o prognóstico da movimentação para distal é favorável. Diz ainda o autor que a movimentação para distal de caninos é possível com ajuda de recortes do acrílico que tocam as faces mesiais das peças dentais.

MODI & PARIKH¹² (1965) - dizem que devido à sua natureza, os aparelhos produzem forças intermitentes, as dificultam a técnica. Eles têm observado que os caninos se inclinam distalmente enquanto são retraídos; dizem que é sempre desejável obter um movimento real, completo e total do canino para que, quando se encontre completamente retraído, repouse vertical, mesiodistal e vestibulolingualmente. Algumas vezes esta inclinação do canino é também observada durante o tratamento com aparelhos fixos, apresentando a vantagem de que este método fornece um bom controle sobre o movimento do dente. A retração dos caninos depende como no caso de qualquer outro dente em qualquer outra direção, da força aplicada. Além disso, importaria controlar a distribuição de forças e a duração das forças. Eles descrevem cinco (5) tipos diferentes de aparelhos que são utilizados no Departamento de Ortodontia da Escola de Odontologia do Hospital Nair para retração de caninos.

KARWETZKY⁸ (1966) - descreve seqüências de 2 anos em que atendeu 97 pacientes com caninos ectópicos. O tratamento preconizado pelo mesmo, implica em extração do 1º pré-molar, com exposição do canino. Todos os pacientes foram atendidos precocemente, ou seja, antes da erupção do canino. Ele descreve que 97 ectopias dos caninos, regulados ortopédica e cirurgicamente por esse seu método, que uma ampla exposição dos caninos em questão, também contribuiu para uma rápida erupção do canino, sem o auxílio de outros meios para seu posicionamento em vertical. De 97 exposições 7 tiveram de ser repetidas. O autor, oferece um método simples na correção e um meio prático na ordenação de caninos ectópicos.

BATISTA² (1967) - Demonstra o emprego e ação do aparelho de Benac, indicando seu uso tanto na fase de erupção como também após a erupção total dos caninos superiores e inferiores. Diz que desde 1965, Benac e seus discípulos vêm empregando com sucesso aparelhos móveis e/ou removíveis para mover caninos superiores e inferiores. Os referidos aparelhos são dotados de ganchos especialmente dobrados, capazes de atuar de maneira mais eficaz que o retrator de Adams¹ (1961). A ativação desse tipo de grampo nas placas de Benac é executada na alça em forma de ômega com alicate 121, de modo que a parte horizontal do gancho adaptado à face vestibular do canino fique pressionando distalmente. Ativandose-a sucessivamente obtém-se uma distalização perfeitamente controlada. Havendo necessidade de movimentar os caninos em sentido palatino, basta, após ter sido liberado da trava ocasionada pelo incisivo lateral, ativar-se o grampo com uso dos alicates 121 e 139, de modo que produza uma certa pressão da face do canino. A principal indi-

ção do grampo é a de produzir a distalização dos caninos superiores e inferiores. Secundariamente, quando for necessário alinhar os caninos, realizando movimentação em sentido palatino. Na fase de erupção, quando o canino aponta em intra-vestíbulo-versão, este grampo é capaz de orientar este elemento fazendo-o aflorar em posição ideal, desde que se tenha criado o espaço suficiente para a sua acomodação.

DARQUE⁴ (1968) - diz que o importante é determinar-se a classe da má-oclusão; determinar a etiologia; avaliar a importância da distalação e realizar, bem como avaliar o valor do prognóstico, e diz que o movimento distal é um movimento contra a natureza. Os dentes se mesializam espontaneamente, mas nunca se distalizam espontaneamente. Enumera critérios que permitem antecipar um bom movimento. Idade cronológica do paciente, idade dentária e idade óssea. A idade mais favorável parece ser 8, 9, 10 anos e corresponde à idade que certos autores situam a substituição do primeiro molar decíduo. A idade mais arriscada parece ser 10, 11 e 12 anos. Parece ser interessante observar a harmonia que existe ou pode existir entre a idade óssea e a idade dentária. O prognóstico é favorável se a idade óssea está adiantada. O prognóstico é desfavorável se a idade dentária está avançada.

GRECCO⁶ (1968) - propõe uma modificação do retrator canino de Adams¹ (1961), sugerindo que a sua utilização seja empregada em casos nos quais os caninos ainda se encontrem em fase de erupção e com desvio de coroa para mesial. Diz que a grande frequência de pacientes portadores de anormalidades de oclusão, caracterizados principalmente por uma posição incorreta de caninos superiores, casos estes que pelas suas ca

racterísticas, não poderiam ser tratados com os aparelhos móveis indicados na literatura, foi o fato que levou a idealizar uma modificação do retrator canino bucal de Adams¹ - Técnica de confecção utilizada para a confecção deste acessório, um segmento do fio de aço inoxidável de 0,7 mm de diâmetro. O instrumental necessário consiste tão somente de um alicate nº 139 (bird beak) e um nº 142. Da parte mesial ou anterior de um grampo comum de retenção, denominado de bola, faz-se partir um prolongamento horizontal do fio. No espaço deixado pela extração do primeiro pré-molar confeccionamos uma alça com espiral idêntica à proposta por ADAMS¹ (1961). Em seguida, dobra-se o fio novamente em posição horizontal, fazendo-se com que ele contorne a face vestibular do canino e sua extremidade livre fique adaptada à face mesial desse dente. Procurando-se impedir que a pressão exercida provoque a mesialização do segundo pré-molar, confecciona-se a placa de maneira que exista uma pequena extensão de acrílico na face mesial desse dente. A utilização e a ativação de uma placa com esta modificação são semelhantes a do original proposto, devendo-se contudo, proceder a pequenas modificações no braço anterior do acessório após cada ativação. As principais para a utilização deste acessório modificados são: a) caninos com desvio de coroa para mesial. b) caninos em fase de erupção, o que impossibilita a confecção adequada do retrator de Adams¹.

SCOTTI et alii¹⁶ (1968) diz que a exigência em ter que deslocar um canino no sentido distal acontece com muita freqüência durante o curso do tratamento ortodôntico, dado que aproximadamente 80% do problema é representado por casos nos quais é necessário a exodontia de qualquer pré-molar. Se.

além disso se considera que também alguns casos de anomalias classe II e classe III precisam para a correção, qualquer exodontia, a frequência com a qual se deve mover um canino, aumenta consideravelmente. Face à oclusão do tipo classe I caracterizada por apinhamento e por discrepância alvéolo-dentária; é necessário apelar como primeira medida à exodontia de qualquer elementi dental. A menos que não se trate de algum caso muito particular, SCOTH et alii¹⁶, dizem que a maioria dos autores está de acordo com a remoção dos primeiros pré-prêmolares com o objetivo de criar na arcada um espaço suficiente para ter um reposicionamento normal dos caninos e dos incisivos. Após ter realizado a exodontia, continua-se normalmente com a movimentação dos caninos com o objetivo de fazê-lo contactar com o segundo pré-molar, fechando assim a lacuna deixada pelo elemento removido, o último passo, consiste no alinhamento e eventual movimento distal do bloco incisivo. Os métodos com os quais se pode realizar o movimento distal do canino são numerosos e diferentes entre si em relação ao tipo de dispositivo e da técnica utilizada por cada autor. Aqueles que preferem o uso de aparelhos removíveis, utilizam geralmente ganchos, cuja elasticidade constitui a força motriz que precisa o canino para ser levado à direção desejada. O método é bastante simples, mas apresenta por outro lado, dois inconvenientes: o primeiro é o fato de que os elementos auxiliares da placa, atuam sobre uma distância curta e consequentemente sua ação se esgota num período destinado de tempo, havendo então necessidade de ativá-la, frequentemente. E o segundo inconveniente é representado pelo fato de que o dente tratado não é guiado no seu trajeto e sendo a força aplicada exclusi-

vamente na coroa, resulta mais do que uma translação total em massa, uma inclinação distal. Querendo reduzir ao mínimo este último inconveniente é necessário que o ponto de aplicação da força esteja situado o mais próximo possível à raiz do dente e consequentemente nas proximidades do colo dental. Além do mais, a intensidade da força deve ser leve. Dessa maneira o resultado será mais aceitável mesmo que seja num período de tempo mais longo.

LEWIS¹⁰ (1970) relata suas experiências com aparatologia móvel para distalação de caninos que vem há mais de três décadas. Diz que durante todos esses anos tem utilizado várias outras técnicas e métodos como aparelhos fixos para distalar caninos. Contudo, nos últimos anos tem incrementado a utilização de aparelhos removíveis porque "acredita que esta técnica é superior a qualquer outra que tem utilizado". Neste artigo ele demonstra a facilidade e rapidez com que tem movimentado caninos quando dentro de áreas de exodontia através de leve pressão de pequenas molas dos aparelhos removíveis. Exemplos também são mostrados, nos quais os caninos forem movimentados distalmente em casos de não exodontia onde originalmente existiam múltiplos espaços, eliminando assim um pós-tratamento com bandas, arcos, elásticos e outros aparelhos. Tem sido postulado que a razão para um movimento muito mais rápido destes dentes é a ausência de fricção que está sempre presente no caso de utilizar arcos, bandas e brackets juntos entre si. Sérias considerações devem ser levadas em conta em relação a qualquer procedimento que tornará o tratamento ortodôntico mais fácil para o paciente e ao mesmo tempo reduzir o tempo de tratamento. Em fases deve também ser posto em relação à importân-

cia das características do plano de mordida do aparelho removível em casos de mordida fechada. A bandagem e depressão dos dentes anteriores mandibulares e o movimento do arco são com frequência conseguidos utilizando os aparelhos removíveis. A duração do tempo que os pacientes tem levado utilizando os aparelhos removíveis varia de acordo com a severidade do caso, assim como o grau de cooperação do paciente. Na média, contudo, o tempo aproximado está em torno de 3 a 4 meses.

RIBEIRO¹³ (1979) - conclui que longo tempo de contenção é um fator positivo na redução da recidiva. Cita que após o tratamento, normalmente todos os casos foram mantidos em contenção por uma placa de Hawley, por um período de seis meses a um ano. A placa de Hawley foi escolhida por ser a mais eficiente.

CAPÍTULO 3

PROPOSIÇÃO

CAPÍTULO 3

PROPOSIÇÃO

Do exame da literatura citada no capítulo anterior e conforme razões expostas no capítulo 1, julgou-se conveniente verificar o emprego da aparatologia móvel para correção dos dentes 13 e 23 irrompidos fora do plano de oclusão. Tendo como observação os seguintes fatores:

- 3.1 - Indicação ou não da aparatologia móvel, de um modo geral, para os dentes 13 e 23, ectópicos.
- 3.2 - Da validade do emprego da aparatologia móvel em clínicas como em Cursos de Graduação em Odontologia.
- 3.3 - Fator custo.
- 3.4 - Facilidade de confecção dos aparelhos.
- 3.5 - Fator idade.
- 3.6 - Fator duração do tratamento.
- 3.7 - Que tipo de má-oclusão, é a que apresenta maior incidência de caninos ectópicos.

CAPÍTULO 4

MATERIAIS E MÉTODOS

CAPÍTULO 4

MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 - A amostra selecionada neste trabalho, compõe-se de 36 casos de má-oclusão de caninos ectópicos tratados com aparelhos removíveis, de pacientes de ambos os sexos, todos leucodermas, e que ao início do tratamento, situavam-se na faixa etária de 9 a 17 anos. A seleção dos pacientes foi feita durante os anos 1978 a 1981, no Ambulatório de Odontopediatria (7ª fase), bem como na Clínica Integrada (8ª fase) do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Para cada paciente era preenchida uma ficha onde eram anotados todos os dados do paciente tais como: nome completo, endereço, idade, sexo, peso, altura, tipo de má-oclusão e outros dados julgados necessários. As fichas utilizadas foram as mesmas adotadas pela Disciplina de Ortodontia do Departamento de Reabilitação Oral da Universidade Federal de Santa Catarina. Os levantamentos foram efetuados tomando-se com base a classificação de Angle¹⁹:

"Classe I - A cúspide mésiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco mésiovestibular do primeiro molar inferior. Quando existem anomalias oclusais nesta classe I, estas se localizam normalmente na parte anterior das arcadas.

Classe II - Nesta classe, a arcada dentária inferior encon

tra-se em relação distal ou posterior em relação à arca da dentária superior. O sulco mésio-vestibular do primeiro molar inferior oclui com a cúspide distovestibular do primeiro molar superior.

Existem 2 tipos de classe II:

Classe II primeira divisão e Classe II segunda divisão ambas apresentando sub-divisões direita (D) e esquerda (E), e (DE).

Classe II primeira divisão - incisivos superiores protuídos, arco superior em forma de V, curva de Spee normal.

Classe II segunda divisão - apresenta sobremordida vertical excessiva, curva de Spee exagerada, inclinação lingual dos incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores para vestibular. Outras vezes incisivos laterais superiores excessivamente para lingual e caninos superiores exageradamente vestibularizados".

Como norma, foram executados os seguintes passos, para cada paciente: Ao chegar ao Ambulatório, encaminhado pelo Serviço de Triagem, o paciente era examinado, procedendo-se ao preenchimento de todos os dados solicitados na ficha. Em outras, visitas, eram realizadas moldagens, tomadas de radiografias periapicais, panorâmicas e telerradiografias. Após concluídos todos os exames, eram realizadas as extrações indicadas. Decorrido um período breve de cicatrização eram feitas novas moldagens, que serviram para confecção do aparelho, bem co

mo para documentação.

Deve ficar registrada a colaboração dos alunos das 7^a e 8^a fases, anos 1978 a 1981 no presente trabalho. Vários aparelhos foram feitos pelos alunos tendo naturalmente a assistência direta do professor pesquisador. Todas as extrações foram realizadas pelos alunos. Na assistência e na verificação dos casos foi constante a presença do professor Pesquisador.

4.2 - Materiais empregados na pesquisa:

- gesso pedra a granel, marca Albion procedente do Estado do Ceará.
- fio de aço redondo, inoxidável 0,7mm marca Wironit - adquirido através da Importadora Defama Ltda - Porto Alegre, RS.
- alicate de corte.
- alicate nº 139 (bird beak).
- alginato Geltrate fabricado pela Dentsply Indústria e Comércio Ltda - Petrópolis, RJ.
- acrílico auto polimerizável (polímero e monômero) fornecidos pelos artigos odontológicos Clássico Ltda de São Paulo, SP.
- filme radiográfico marca Kodak.
- compasso ortodôntico de pontas secas.
- isolante para gesso a base de alginato (Selac).
- moldeiras para alginato de aço inoxidável tipo Vernes.
- cera utilidade marca Gaúcha.

4.3 - Aparelho removível utilizado: foram confeccionadas placas de acrílico nas quais foram adicionados os chamados grampos para remover ou deslocar caninos e cuja técnica

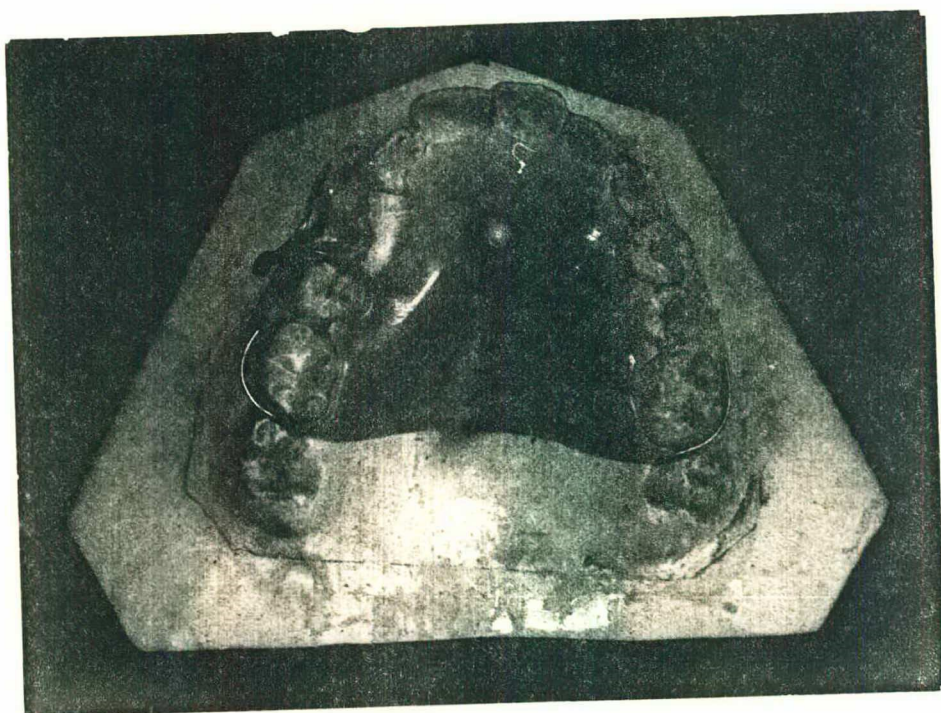


FIGURA 53 - Aparelho móvel utilizado quando o espaço presente era igual ao espaço requerido.

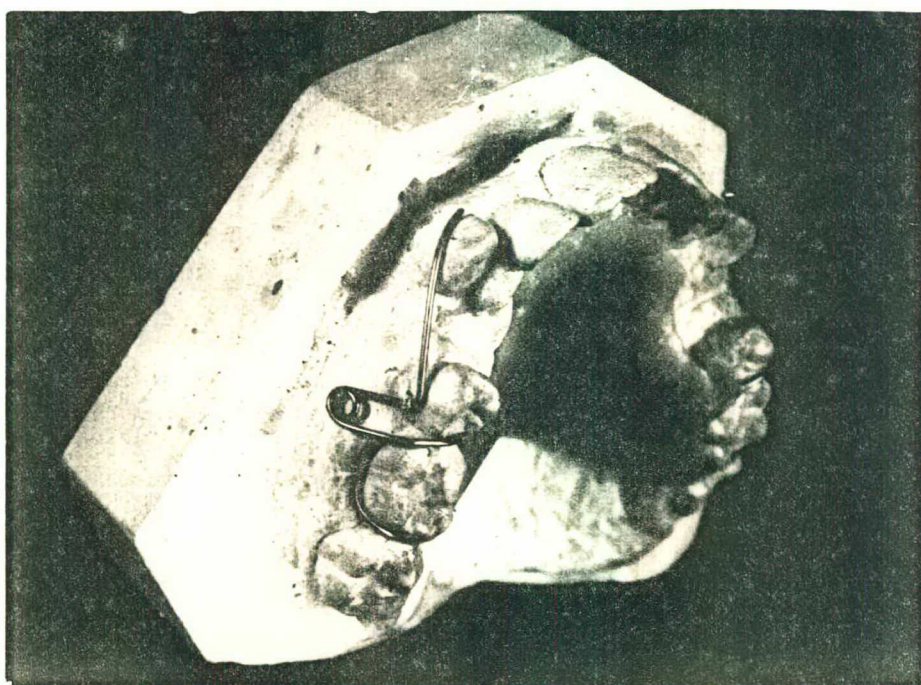


FIGURA 54 - Aparelho móvel utilizado quando o espaço presente era maior que o espaço requerido.

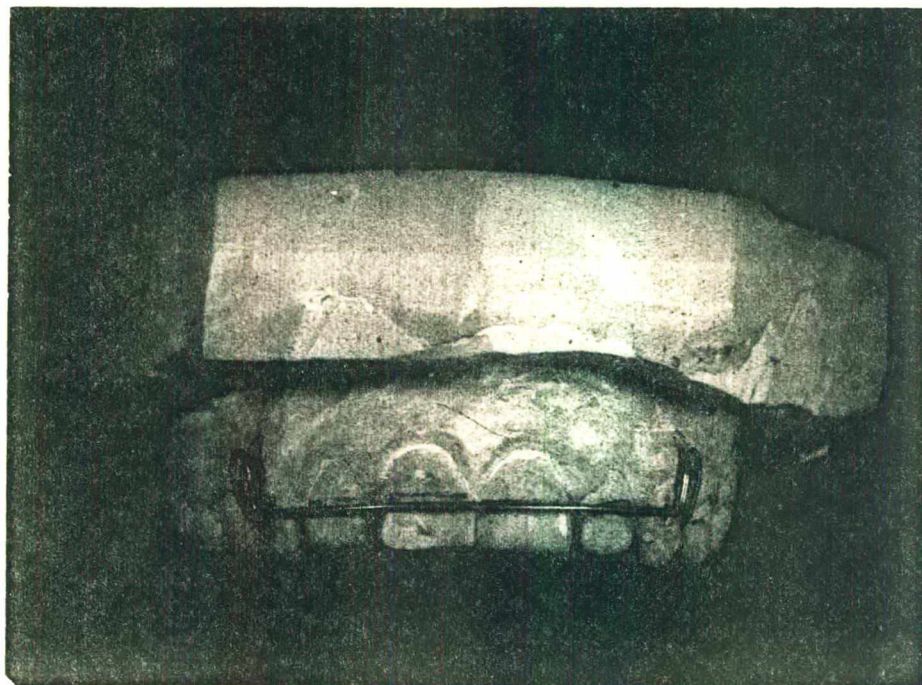


FIGURA 55 - Vista vestibular da placa de contenção de Hawley.

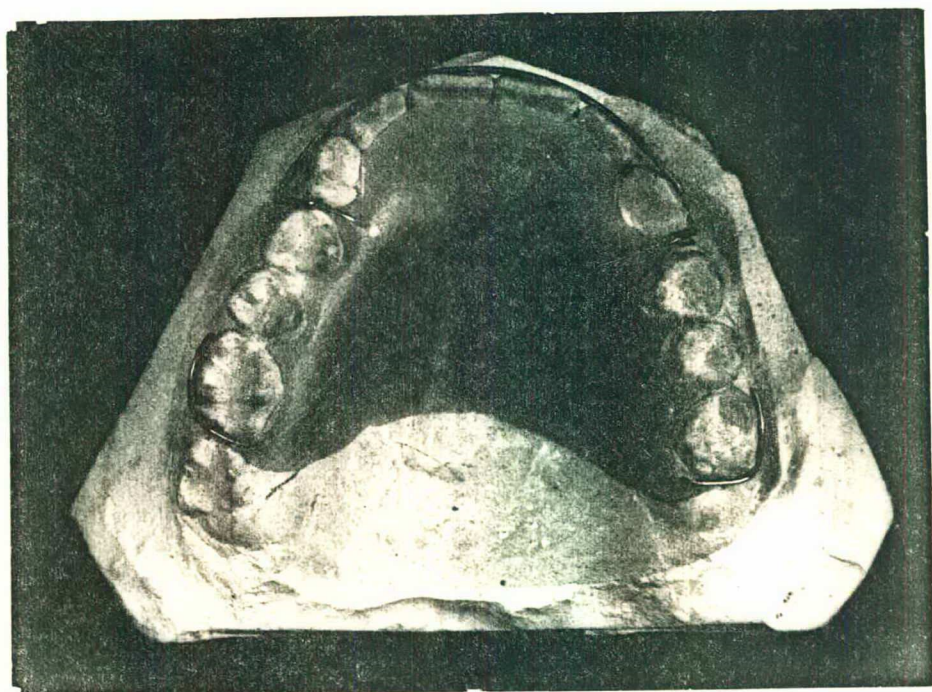


FIGURA 56 - Vista oclusão da placa de contenção de Hawley.

foi: antes se defina o que venha ser discrepância. Entende-se por discrepância a diferença entre o comprimento total de um arco dental e a soma dos diâmetros mésiodistais dos dentes que venham ocupar este mesmo arco. Diz-se que uma discrepância é neutra quando o espaço presente é igual ao espaço requerido; positiva quando o espaço presente é maior que o requerido e discrepância negativa quando o espaço presente é menor que o requerido.

a) Quando o espaço presente era igual ao espaço requerido figura 53, portanto, diante de uma discrepância nula procedeu-se da seguinte maneira: após exodontia e período de cicatrização dos dentes 14 e 24, uma das extremidades de um segmento de fio de aço inoxidável 0,7 mm de diâmetro era adaptada na face vestibular dos dentes 13 e 23 mantendo-se este fio na horizontal e dois mm, aproximadamente da face mesial dos dentes 15 e 25 confeccionando-se uma alça em espiral¹⁻⁶, quando do lado direito a espiral é feita no sentido anti-horário e quando do lado esquerdo esta espiral era feita no sentido horário tendo-se o cuidado que a extremidade desta espiral passasse por mesial dos dentes 15 e 25 dirigindo-se para palatal com finalidade retentiva.

b) Quando o espaço presente era maior que o espaço requerido figura 54 portanto, diante de uma discrepância positiva, procedeu-se assim: após extrações dos dentes 14 e 24 ou 14, conforme o caso, uma das extremidades de um segmento de aço inoxidável 0,7 mm de diâmetro era adaptado na face vestibular dos dentes 13 e 23 ou 13, conforme o caso, mantando-se este fio na horizontal e, na metade da face vestibular dos dentes 15 e 25 ou 25 confeccionou-se uma alça em espiral, cu-

ja extremidade passasse por distal dos dentes 15 e 25 ou 15, dirigindo-se para palatal com finalidade retentiva. Desta maneira os dentes 15 e 25 ou 15, conforme o caso, mesializariam razoável e espontaneamente durante o tratamento ideal do caso - manutenção - a cada sessão que ocorria de aproximadamente 15 a 20 dias, cortava-se 1 a 2 mm da extremidade livre do fio de aço inoxidável adaptando-a às faces mesial e vestibular do canino ou caninos, ocorrendo isto sucessivamente às demais sessões.

Com finalidade específica da retenção desses aparelhos removíveis foram utilizados os chamados grampos chamados retenção de molar. Este grampo normalmente é confeccionado nos dentes 16 e 26, e utilizando-se fio 0,7 mm de aço inoxidável, cuja confecção é a seguinte: uma das extremidades de uma porção do fio, a partir de mesial do molar superior é adaptada ao colo do dente, seguindo-se por interproximal (distal de primeiro molar superior e mesial do segundo molar superior) atingindo a face palatal para a devida retenção. Após o tratamento, normalmente todos os casos foram mantidos em contenção por uma placa de Hawley por um período de seis meses a um ano. A placa de Hawley, cujo idealizador foi BRIDGE R.E. Mc sendo aperfeiçoada por HAWLEY, é chamada atualmente de placa de Hawley.

4.4 - Verificação dos Resultados.

De posse dos modelos iniciais e finais e das radiografias iniciais e finais, foi solicitado a quatro Professores do Curso de Graduação em Odontologia, três da Disciplina de Ortodontia, dentre os quais o próprio pesquisador para darem o seu parecer quanto aos resultados alcançados das correções.

4.5 - A seguir descreve-se de uma forma detalhada os atendimentos dados a cada paciente com descrição do caso, idade, cor, tipo de má-oclusão, os aparelhos usados, consultas, datas, tempos e os resultados alcançados. As figuras anexas são fotos dos modelos iniciais e finais, bem como algumas fotografias da tomada de radiografias. A numeração dada a cada paciente foi arbitrária, não representando que o paciente catalogado como número 1 seja o 1º paciente e assim por diante.

Para todos os pacientes houve uma rotina pré-estabelecida que constou de exame clínicos e radiográficos dos modelos das arcadas e do tratamento ortodôntico propriamente dito após determinação do plano de tratamento.

PACIENTE 1

Paciente estava com 9 anos de idade em 2.10.78, quando foi realizado exame clínico. Cor branca, sexo feminino, sendo portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão subdivisão direita esquerda de Angle. Após os estudos dos modelos e radiografias, foram extraídos os dentes 14 e 24 em 3 e 8.11.78 respectivamente. Em 12.11.78, foi colocado aparelho para mover os dentes 13 e 23 em vestibulo versão. Este aparelho a paciente usou até 14.5.80, portanto, aproximadamente 18 meses quando foi retirado e, colocada uma placa de Hawley, usada pela paciente para evitar recidivas quando em 21.1.81, foi removida. Pela radiografia panorâmica realizada em 30.10.80, pode-se observar os dentes 13 e 23 bem posicionados, nos espaços dos dentes 14 e 24 extraídos. Julgou-se um caso bom, apesar de ter ocorrido um pequeno desvio da linha média. Em 26.4.81, foi o controle final do caso com confecção de modelos.

PACIENTE 2

Paciente, cor branca, sexo feminino, com 14 anos de idade por ocasião do exame inicial, portadora de mã - oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após todos os exames iniciais, procedeu-se à extração do dente 14, isto em 20.3.79. Infelizmente os modelos iniciais foram perdidos na confecção do aparelho de contenção (placa de Hawley). Inicialmente em 15.5.79 foi colocada uma placa com mola para vestibularizar o dente 12. Também nesta placa constava um grampo para mover o dente 13. Durante várias consultas foram feitas ativações para movimentar e vestibularizar os dentes já citados. Em 11.9.79, foram feitas moldagens para colocação de placa de contenção de Hawley que após a colocação o paciente usou de 28.9.79 à 29.10.80. Embora a movimentação do dente 13 e a vestibularização do dente 12 tenha sido conseguido em apenas 7 meses, a contenção foi realizada pelo período de um ano, evitando assim recidivas. Em 29.10.80, foram feitos modelos finais e radiografia panorâmica. Para as condições limitadas de tipo de atendimento, julgou-se bom o tratamento, embora a rigor reconhecesse que no caso específico uma correção fixa seria mais indicada. As figuras IIA e IIB mostram os resultados alcançados.

PACIENTE 3

Paciente, com 17 anos de idade na data da 1ª consulta, cor branca, sexo feminino e portadora de má-oclusão, Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita de Angle. Foram feitas extrações dos dentes 14 e 24 e em 28.4.78 foi colocado um aparelho com grampos para deslocar os dentes 13 e 23. Também foi colocado ao mesmo aparelho uma mola adicional, para vestibularizar o dente 12. Foi indicada a extração do dente 45, em erupção fora do plano oclusal. O início da correção ocorreu em 10.8.78, sendo que o aparelho de contenção foi colocado em 12.5.79. Após 7 meses, em data de 20.7.79 foi retirado o aparelho de contenção. Esta paciente permaneceu sob controle por aproximadamente mais 1 ano com finalidade de verificar recidivas. Em data de 22.10.80 foram feitas radiografias panorâmicas e moldagens finais. Pelas figuras 3 IA, 3 IB, 3 IIA e 3 IIB, veem-se os resultados alcançados com a aparatologia móvel, apesar de suas limitações.

PACIENTE 4

Paciente do sexo feminino, cor branca, com 9 anos de idade, portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, subdivisão direita-esquerda de Angle. A extração do dente 14 se deu em 10.5.78. Em 23.10.78 foi colocado aparelho para mover o dente 13. Em 20.9.78 foi feito outro aparelho que constava além de 1 grampo para deslocar o dente 13, uma mola para vestibularizar o dente 12. Em 25.9.79 foi feita uma placa de contenção. Em 16.6.80 foi feito o controle final, radiografias e modelos finais. As figuras 4 IA, 4 IB, 4 IIA e 37, mostram os resultados alcançados. O tratamento foi realizado em um prazo relativamente longo (dois anos) devido a várias circunstâncias desfavoráveis que a paciente apresentava, principalmente o dente 12 em mordida cruzada. Sem dúvida, que este se tratava de um caso indicado para a ortodontia fixa. A paciente se deu por satisfeita e seus pais com poucos recursos para procurar uma clínica particular, ficaram bastante agradecidos pelos resultados alcançados. O conceito final foi bom.

PACIENTE 5

Paciente cor branca, com 13 anos de idade, sexo masculino, portador de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub - divisão direita-esquerda de Angle. Dia 18.9.78, foi feito exame clínico e levantamento radiográfico. Em 28.9.78, moldagens das arcadas. Em 3.10.78, exodontia do dente 14. Em 11.10.78 moldagem superior. Em 13.10.78, colocação do aparelho para mover o dente 13. De 13.10.78 a 20.10.79, o paciente usou o referido aparelho tendo nas consultas regulares, recebido ajuste de grampos, quando necessário, desgaste de acrílico, em fim, manutenção do aparelho e do seu funcionamento. Não foi colocado aparelho de contenção por ter sido julgado desnecessário. No dia 20.11.79, foi a última consulta do paciente quando foram feitas moldagens finais. Do estudo das arcadas, dos modelos conforme figuras 5 IA, 5 IB, 5 IIA e 5 IIB, que comprovam a correção existente, bem como das radiografias executadas, permite concluir que o tratamento foi bom. A correção satisfaz o paciente. Houve deslocamento completo do dente 13 inclusive de sua raiz, tendo o mesmo ocupado o espaço deixado pelo dente 14 extraído.

Paciente cor branca, sexo feminino, contando com 12 anos de idade no início do tratamento. Esta paciente era portadora de má-oclusão Classe II 1^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Sabia-se de antemão que este tipo de má-oclusão é indicada precisamente para correção fixa; mas, devido às circunstâncias e insistência dos pais da menor que absolutamente não podiam realizar outro tipo de tratamento, resolveu-se atendê-la com o propósito de usar um aparelho móvel para o dente 13 em vestibulo versão, melhorando as condições estéticas da paciente. A extração do dente 14, foi realizada em 10.9.78. Em 14.9.78, foi colocado o aparelho constando de um grampo tipo Adams¹ modificado por Grecco⁶, para movimentar o dente 13 e recebendo atendimentos até 12.3.79, quando foi retirado. Novas moldagens foram realizadas em 15.3.79, para confecção de placa de contenção colocada em 20.3.79, usada pela paciente até 25.3.80, para evitar recidivas. Em 25.3.80, foram realizados modelos finais. As figuras 6 IIA e 6 IIB, mostram os resultados alcançados que foram julgados aceitável. Os pais ficaram bastante satisfeitos com os resultados conseguidos. A criança já adolescente apresenta-se sem complexos, um sorriso bonito e deveras satisfeita.

PACIENTE 7

Paciente com 13 anos de idade no momento da 1ª consulta, cor branca, sexo feminino, sendo portadora de Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após estudo dos modelos foram extraídos em 3 e 8.5.79, respectivamente os dentes 12 e 24. Em 15.5.79, foram realizadas moldagens, para confecção do aparelho movimentador dos dentes 13 e 23 vestibularizados. Em 21.5.79, foi colocado o aparelho que constava de dois grampos tipo Adams¹ modificado por Grecco⁶, o qual a paciente usou recebendo atendimentos até a data de 10.7.79. De 10.7.79 a 15.10.79 ausentou-se abandonando praticamente o tratamento, pois durante 90 dias ficou sem atendimentos, por sua própria vontade. Em 26.10.79 retornou procurando justificar sua ausência, mas que na realidade não foram condizentes os motivos expostos. Após um diálogo com seus pais e com a própria paciente, resolveu-se realizar uma nova tentativa de continuidade de tratamento. Novas moldagens foram feitas e em 9.11.79, foi colocado um novo aparelho, com as mesmas características do primeiro. Após a colocação do novo aparelho a paciente recebeu atendimentos até 25.3.80, quando faltou definitivamente, não comparecendo mais até a presente data. Resta-nos admitir sobre esta atitude de abandono do tratamento, o fato da paciente ter julgado a correção satisfatória e, abandonando o tratamento livrando-se por conveniência pessoal de viagens longas, pois morava no Sul do Estado.

Pelos exames dos modelos, fichas ortodônticas e radiografias existentes, julgou-se o tratamento prejudicado.

PACIENTE 8

Paciente com 14 anos de idade quando da 1ª consulta, cor branca, sexo feminino, sendo portadora de mã - oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão esquerda de Angle. Após o levantamento radiográfico e estudo dos modelos, foi extraído o dente 24, isto em 4.10.78. Moldagens foram realizadas para confecção do aparelho para movimentar o dente 23, vestibularizado. Este aparelho constava de um grampo tipo Adams¹, modificado por Grecco⁶ e, ainda de uma mola para vestibularizar o dente 22, em mordida cruzada anterior, o qual foi colocado em 11.10.78. Com esse aparelho a paciente recebeu atendimentos até 2.5.79, quando foi colocado um segundo aparelho com as mesmas características do primeiro. Com o segundo aparelho também a paciente recebeu assistência até a data de 15.3.80, quando foi retirado e colocada uma placa de contenção, que foi usada por um período de sete meses aproximadamente, com finalidade de evitar recidivas do caso. Em 25.10.80, foram feitos modelos e radiografias finais do caso. Julgou-se bom os resultados alcançados.

PACIENTE 9

Paciente cor branca, sexo feminino, com 11 anos de idade quando examinada em 24.3.81, sendo portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita de Angle. A paciente apresentava os dentes 13 e 23 em vestibulo versão e após o estudo dos modelos e radiografias, foi extraído o dente 14. Em 12.5.81, moldagens foram feitas para confeccionar o aparelho móvel. Em 5.6.81, foi colocado aparelho para movimentar o dente 13 para o espaço do dente 14 extraído. Este aparelho a paciente usou, recebendo atendimentos até 30.10.81, quando foi colocado um segundo aparelho. Em 5.12.81, foi retirado o aparelho e colocado outro de contenção, que foi usado até 5.6.82, para evitar recidivas. Em 15.6.82, foram realizados modelos e radiografias para comprovação do caso, o qual julgou-se aceitável.

PACIENTE 10

Paciente cor branca, com 11 anos de idade, sexo feminino e portadora de mã-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão esquerda de Angle. Após os exames de rotina, radiografias e modelos bem como já com o dente 24 extraído em clínica particular. Em data de 13.9.79 foi extraído o dente 14. Em 10.9.79, foram realizadas moldagens. Em 25.9.79, foi colocado aparelho môvel que constava de grampos de Adams¹ modificados por Grecco⁶, com os quais a paciente recebeu atendimentos até 30.6.80 tendo sido colocada uma placa de contenção. Com esta placa de Hawley a paciente recebeu também atendimentos até 30.12.80. Esta placa foi utilizada por um período de aproximadamente 6 meses para evitar recidivas. As figuras 10 IA, 10 IB, 10 IIA, 10 IIB e 50, comprovam os resultados alcançados. A foto da radiografia da figura 50 acima citada, observa-se o deslocamento do dente 13 no lugar do dente 14 extraído. Julgou-se bons os resultados alcançados , levando-se em conta as limitações da aparatologia móvel.

PACIENTE 11

Paciente cor branca, sexo masculino, com 13 anos de idade e portador de má-oclusão Classe II 2^a divisão, subdivisão direita de Angle. Quando da 1^a consulta foi notada ausência do dente 24 extraído em clínica fora do nosso Ambulatório.

Após a obtenção de modelos e radiografias, foi extraído o dente 14 e confeccionado um aparelho móvel para o dente 13 bem como completar a movimentação do 23, pois quando particularmente foi realizada a extração do dente 24 não foi tomada nenhuma providência no sentido de colocação de aparelho. O início dos atendimentos se deu em 7.8.79 e o término em 25.11.80, sendo que em 6.5.80, após 9 meses de correção foi colocado aparelho de contenção e usado por mais 6 meses. Ressalva-se que neste caso além da movimentação dos dentes 13 e 23 foi vestibularizado o dente 22, através de uma mola adicionada ao referido aparelho móvel. Pelo exame das figuras 11 IA, 11 IB, 11 IIA 11 IIB e 49, pode-se verificar que o tratamento foi realizado com sucesso, obtendo o conceito "bom".

PACIENTE 12

Paciente com 14 anos de idade, quando realizou-se exame clínico em data de 24.8.78, cor branca, sexo feminino, portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Em 29.8.78, foram realizadas moldagens para estudos e, em 11.9.78 foi feito levantamento radiográfico. Após o estudo dos dados acima verificou-se que a paciente havia extraído em clínica fora de nosso Ambulatório, o dente 24; e em 12.9.78 foi extraído o dente 14 ocorrido em nosso Ambulatório. Em 28.9.78, foram realizadas moldagens para confecção do aparelho móvel. Em 6.10.78, foi colocado aparelho para movimentar os dentes 13 e 23 no espaço dos dentes 14 e 24 extraídos. Com este aparelho a paciente recebeu diversos atendimentos, quando em data de 16.10.79, foi colocado um novo aparelho sendo este usado razoavelmente pela paciente até 6.5.80, data esta, em que recebeu o último atendimento, pois não mais compareceu até a presente data. Esta paciente não foi cooperadora, constantemente faltava nos dias e horários marcados, durante o tratamento, conforme pode-se observar em sua ficha ortodôntica. Notou-se ainda no decorrer do tratamento, que a paciente não levava a sério a correção. Diversas vezes nas consultas realizadas, procurava-se despertá-la para a importância que isto representava para a sua saúde, mas como vimos nada a motivou para que tomasse outra atitude, ou seja assiduidade e em consequência, conclusão total do caso. Admitiu-se que a paciente julgou satisfatório o que foi feito, ao abandonar o referido tratamento. Dispõem-se nos arquivos, fichas ortodônticas, modelos e radiografias. O concei

to atribuído foi prejudicado.

PACIENTE 13

Paciente, cor branca, sexo feminino com 11 anos de idade na data da 1^a consulta e portadora de Classe I de Angle. A paciente já havia feito as extrações dos dentes 14, 24, 34 e 44 em clínica particular. Segundo informações da mãe da paciente, as referidas extrações foram realizadas antes da criança completar 10 anos de idade.

Após as tomadas das radiografias e modelos de estudo foi feita uma placa com grampos de Adams¹, modificadas por Grecco⁶ para os dentes 13 e 23, bem como outra idêntica para os dentes 33 e 43, isto em 16.9.78 e 30.9.78, respectivamente. A paciente recebeu diversos atendimentos em 1 ano e 4 meses em que foi realizada sua correção. Não se possui os modelos iniciais, todavia existe radiografias periapicais completas bem como telerradiografia feita em fase intermediária de tratamento, onde se pode observar os dois aparelhos móveis superior e inferior instalados. As figuras 13 IA, 13 IB, 13 IIA e 13 IIB, mostram o caso depois de terminado. Julgou-se uma correção boa sempre frisando dentro dos limites da aparatologia móvel e dentro dos propósitos desta pesquisa; mas o fato que a paciente saiu muito satisfeita, bem como os pais da jovem pelos resultados alcançados.

PACIENTE 14

Paciente cor branca, sexo masculino contando com 12 anos de idade no momento da primeira consulta, e portador de Classe I de Angle. Este paciente na data da 1^a consulta contava com a avulsão dos dentes 34 e 44. Em data de 6.5.79 foi realizada a extração dos dentes 14 e 24. Em 16.5.79 foi colocado aparelho para mover os dentes 13 e 23. Este paciente, embora a correção fosse favorável para ele, não colaborou para um pleno êxito do tratamento. Faltava constantemente às consultas e com muito custo conseguiu-se um resultado favorável. A correção durou um ano e quatro meses. As figuras 14 IIA e 14 IIB , mostram os resultados obtidos. Não foi possível registrar radiografias finais bem como as tomadas finais de modelos pela ausência do paciente, entretanto o caso consta aqui registrado pois julgou-se que apesar de tudo, o resultado foi bom.

PACIENTE 15

Paciente com 13 anos no momento da 1ª consulta, cor branca, sexo masculino, portador de Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após os estudos iniciais do caso, foram extraídos em 22 e 27.3.79, respectivamente os dentes 14 e 24. Foram feitas moldagens para confecção do aparelho para mover os dentes 13 e 23 que foi colocado em 17.4.79, recebendo diversos atendimentos até a data de 12.10.79 quando foi retirado, sendo colocada na ocasião uma placa de contenção de Hawley. O paciente usou a placa por cerca de 8 meses com a finalidade de evitar recidivas. Em 27.8.80 foram feitas radiografias periapicais dos dentes 13 e 23 nas quais pode-se observar a posição normal dos referidos caninos. Em data de 17.9.80 deu-se por terminado o caso. As figuras 15 IIA, 15 IIB, 43 e 44, mostram os resultados alcançados julgado aceitável.

PACIENTE 16

Paciente contando com 13 anos de idade no momento da 1ª consulta, cor branca, sexo feminino, portadora de má-oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Como de praxe após o levantamento radiográfico e modelos, foram extraídos os dentes 14 e 24, isto em 11 e 18.4.78, respectivamente. A colocação do aparelho se deu em 22.9.78. durante o tratamento houve necessidade de nova placa com novos grampos tipo Adams¹ modificado por Grecco⁶. A colocação do aparelho de contenção (placa de Hawley) se deu em 20.10.79. Controle final em 28.1.80. As figuras 16 IA, 16 IB, 16 IIA e 16 IIB, documentam os resultados conseguidos. O paciente foi encaminhado à cirurgia para extração do dente 34. O conceito atribuído do tratamento foi de aceitável.

PACIENTE 17

Paciente que constava com 16 anos de idade no momento da 1ª consulta, cor branca, sexo feminino, sendo portadora de Classe II, 1ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após o exame clínico realizado em 30.3.78, foi explicado à paciente e aos seus pais que o tratamento indicado para o caso seria aparatologia fixa. Mesmo com esta afirmativa seus pais alegaram que não tinham condições econômicas para colocarem tal aparelho. Foi deixado claro que se procuraria fazer o possível pelo caso, mas ainda afirmando a eles, no momento, que os resultados finais poderiam não ser os melhores. Após exames dos modelos e radiografias iniciais, foram extraídos os dentes 14 e 24 em datas de 4 e 10.4.78, respectivamente. Em data de 14.4.78, foi colocado aparelho para movimentar os dentes 13 e 23 em vestibulo versão. Em 10.4.79, foi colocado um segundo aparelho para continuar o tratamento. A paciente continuou recebendo atendimentos até 6.3.80, quando foram feitas novas moldagens. A partir de 10.3.80 a paciente usou uma placa de contenção de Hawley até 16.11.80, ocasião em que a mesma foi retirada. Em 20.11.80, controle final e modelos. Pelas figuras 17 IIA, observa-se a posição razoável dos dentes 13 e 23 bem como um over-jet acentuado e ainda diastemas nos dentes 11, 12 e 22 e pela figura 17 IIB, observa-se que o movimento dos dentes 13 e 23 foi incompleto. A paciente cooperou bastante no decorrer do tratamento mas, apesar disto julgou-se o resultado final como prejudicado.

PACIENTE 18

Paciente do sexo masculino, cor branca, com 15 anos de idade no momento da 1ª consulta e portador de má-oclusão Classe II, 2ª divisão, sub-divisão direita de Angle. Como de praxe após os exames iniciais e tomada de modelos foi extraído o dente 14, isto em data de 25.4.79. Dia 29.5.79 foi colocado o aparelho para movimentação do dente 13. O grampo de Adams¹ modificado por Grecco⁶ para o canino, foi sempre ajustado até o mês de novembro do mesmo ano, quando foi colocada uma placa de contenção. Uma segunda placa de contenção foi necessária colocar em 23.3.80, sendo que o paciente utilizou esta placa até 30.9.80. A correção propriamente dita durou um ano e quatro meses e pelos resultados obtidos conforme pode-se observar nas figuras 18 IA, 18 IB, 18 IIA, 18 IIB e 51, foi satisfatória apesar de haver um pequeno desvio da linha média. O conceito final foi bom.

PACIENTE 19

Paciente cor branca, sexo masculino, contando com 15 anos no momento da 1^a consulta. Portador de Classe I de Angle, após exames radiográficos e modelo de estudo foi extraído em 16.10.79 o dente 24, e foram feitas novas moldagens para confecção do aparelho. Em 20.11.79 foi colocado o aparelho para mover o dente 23. Em janeiro de 1981 foi dado por encerrado o tratamento. As figuras 19 IA, 19 IB, 19 IIA e 19 IIB, nos dão idéia de como resultou a correção. Esta correção foi realizada num prazo rápido - 12 meses com resultado bastante favorável. O conceito final foi bom.

PACIENTE 20

Paciente com 12 anos de idade no exame inicial, cor branca, sexo masculino, portador de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após exames dos modelos e radiografias existentes, foram extraídos os dentes 14 e 24 em data de 16.10.79 e 13.11.79 respectivamente. Em 20.11.79 , foi colocado aparelho móvel para movimentar os dentes 13 e 23 que o paciente usou até o dia 31 de março de 1981, quando foi retirado. Em 10.4.81 foram realizados modelos e radiografias periapicais dos dentes 13 e 23 onde pode-se observar suas posições nas dos dentes 14 e 24 extraídos. Pelas figuras 20 IA, 20 IB, 20 IIA e 20 IIB, demonstram os resultados alcançados. O caso foi julgado bom.

PACIENTE 21

Paciente com 12 anos de idade quando examinada em data de 24.4.78, cor branca, sexo feminino, portadora de Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Concluídos os estudos do caso, foram extraídos os dentes 14 e 24 para movimentar os dentes 13 e 23 em vestibulo versão. Em data de 15.5.78, foram realizadas moldagens ortodônticas. Com as moldagens confeccionou-se o aparelho para mover os dentes 13 e 23 ectopicamente situados, o qual foi colocado em 6.6.78. A paciente recebeu atendimentos de 15 em 15 dias aproximadamente. Estes atendimentos ocorreram desde a data da colocação do aparelho até 20.5.79. Em data de 6.6.79, a paciente devia retornar para continuar o tratamento, fato não ocorrido. Somente retornou dois meses após, demonstrando com isto desinteresse pelo tratamento. Em 18.8.79, após a sua ausência prolongada foi colocado o aparelho, necessitando para isto, desgastes e ativações ao mesmo. Após a recolocação do aparelho, a paciente recebeu atendimentos por um período de aproximadamente tres meses. Em 5.12.79, faltou e até a presente data não mais compareceu. Esta paciente não foi cooperadora, concluindo com isto, não estava preparada para receber tratamento ortodôntico. Supõe-se que a paciente tenha iniciado este tratamento não por sua própria vontade mas, por uma situação alheia a sua, não correspondendo em consequência até o final do tratamento, o que seria o ideal e necessário para sua saúde. Sentia-se e observábase durante alguns atendimentos realizados com esta paciente, um certo desânimo quanto ao uso do aparelho. Sempre que se achava oportu-

no, faláva-se da importância que representava para ela, o que se estava fazendo, procurando com isto reanimá-la, mas abandonou definitivamente o tratamento.

Dispõe-se nos arquivos modelos, radiografias e fichas ortodônticas. O resultado final foi de prejudicado.

PACIENTE 22

Paciente cor branca, sexo feminino, com 13 anos de idade quando da primeira consulta e portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão esquerda de Angle. Após os exames iniciais foram feitas as extrações dos dentes 14 e 24 em 18.9.79 e 1.10.79 respectivamente. Em 10.9.79, foi colocado o aparelho para mover os dentes 13 e 23. A cada 15 dias aproximadamente até a data de 20.12.80 a paciente recebeu atendimentos no sentido de ativar os grampos colocados para mover os caninos. Em 20.8.80, foi necessário colocar um segundo aparelho sendo usado por mais dois meses. Pelas figuras 22 IA, 22 IB, 22 IIA, 22 IIB, 39 e 40, pode-se verificar o estado da arcada da paciente no estado inicial e após a correção final. As radiografias periapicais dos dentes 13 e 23, bem como a panorâmica mostram a posição dos referidos caninos após a correção. Julgou-se que a correção foi boa e realizada dentro do prazo normal já esperado, um ano e dois meses.

PACIENTE 23

Paciente com 12 anos de idade quando do exame inicial, cor branca, sexo feminino e portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita de Angle. Após os estudos normais dos modelos e radiografias, foram extraídos os dentes 14 e 24 isto em 25 e 30.4.78, respectivamente. Em 10.5.78 foram realizadas moldagens para confecção do aparelho, o qual foi colocado em data de 12.5.78. Este aparelho constava de grampos tipo Adams¹ modificada por Grecco⁶ e de molas vestibularizadoras para os dentes 12 e 22. No período de 12.5 a 29.9.78, foi dado atendimento à paciente. Em 2.10.78 foram feitas novas moldagens e foi colocado em 6.10.78 um novo aparelho para continuar a correção o qual foi usado até 27.3.79, quando foi colocado um terceiro aparelho com as mesmas características do primeiro. Em 17.6.80 foi retirado o terceiro e último aparelho usado para a sua correção, em data de 20.8.80 foi feito o controle final do caso. As figuras 23 IA, 23 IB, bem como as 23 IIA e 23 IIB, mostram os resultados obtidos. O tratamento foi longo, mais de dois anos, pois além dos dentes 13 e 23 em vestibulo versão, os dentes 12 e 22 em mordida cruzada anterior dificultaram muito o referido tratamento. A paciente foi uma excelente colaboradora e ficou muito contente com o que foi alcançado. O conceito foi bom.

Paciente com 13 anos de idade no início da 1ª consulta, sexo feminino, cor branca, portadora de má-oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão esquerda de Angle. A paciente apresentou-se já com o dente 34 extraído; foram feitas as extrações dos dentes 14, 24 e 44; foi colocado um aparelho para mover os dentes 13 e 23, bem como adicionada uma mola no mesmo aparelho para vestibularizar o dente 12. A colocação do aparelho se deu em 5.11.80. Em 2.4.81, foi colocado um segundo aparelho distalizador. Em data de 13.5.81 foi colocado um aparelho móvel para o dente 43. Em data de 26.6.81, foram feitos dois aparelhos de contenção (Hawley) superior e inferior. Em 30.11.81 foi removida a contenção inferior e em 30.4.82 a contenção superior. Foram feitas radiografias panorâmicas finais e modelos para comprovação. As figuras 24 IA, 24 IB bem como 24 IIA e 24 IIB, dão idéia dos resultados alcançados. Lavando-se em conta a gravidade do caso, os resultados alcançados foram compensadores, apesar de reconhecer-se que se poderia conseguir uma correção melhor com aparatologia fixa. A correção total foi realizada em um ano e cinco meses aproximadamente. O conceito final foi bom.

PACIENTE 25

Paciente com 13 anos de idade quando foi examinado em 11.10.80, cor branca, sexo masculino, portador de Classe I de Angle. Após estudo dos modelos e radiografias, foram extraídos os dentes 14 e 24 para movimentar os dentes 13 e 23 em vestibulo versão. Em 10.11.80, foram realizadas moldagens para confecção do aparelho onde foram colocados os chamados grampos de Adams¹ modificado por Grecco⁶. Em data de 19.11.80 foi colocado aparelho móvel. O paciente recebeu atendimentos periódicos até 21.1.81, os quais constavam de ativações nos grampos do referido aparelho. Em 24.4.81, faltou e, até a presente data não mais compareceu para continuar o tratamento. As figuras 25 IA e 25 IIA mostram os modelos iniciais. Julga-se que o paciente deu-se por satisfeito. Consta em nosso arquivo, radiografias periapicais e panorâmica, telerradiografia, fotos e modelos iniciais do caso. O conceito foi de prejudicado.

PACIENTE 26

Paciente com 11 anos de idade, quando examinado pela primeira vez, isto em 24.4.80. Cor branca, sexo feminino e portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita de Angle. De posse dos modelos iniciais realizados em 29.4.80, bem como as radiografias necessárias, após estudá-los foram extraídos os dentes 14 e 24 isto em datas de 20.8.80 e 3.9.80 respectivamente. Em 10.9.80, foram realizadas moldagens com a finalidade de confeccionar aparelho móvel. Em 15.9.80, foi colocado aparelho com finalidade de movimentar os dentes 13 e 23 para os espaços dos dentes 14 e 24 extraídos com finalidade corretiva. Recebendo assistência até 20.10.81, quando por perda do aparelho em um acidente, foram realizadas moldagens e, em 21.1.81, foi colocado um novo aparelho. No período de 25.2.81 a 21.4.81, ausentou-se. Preocupados com sua ausência entrou-se em contato com seus pais, para saber o que havia acontecido. Recebeu-se informações não convincentes, no entanto, dia 22.4.81 retornou a clínica, ocasião em que recebeu assistência. De 20.5 a 10.6.81, foram dados atendimentos necessários. As figuras 26 IA e 26 IB mostram os modelos iniciais. Pela ausência por um período de 60 dias aproximadamente, podia-se concluir que a paciente intimamente, não desejava cooperar até o final do tratamento, tanto assim é, que em data de 24.6.81, faltou, e até a presente data não mais retornou. No entanto, pelos 9 meses aproximadamente de tratamento que recebeu o caso encaminhava-se para o final de tratamento, com possível resultado satisfatório. Pode-se admitir com sua atitude de abandono, que a mesma, julgou correção satisfatória. Entretanto julgou-se o resultado pre-

, julgado em razão dos modelos e radiografias existentes até en
tão.

PACIENTE 27

Paciente com 14 anos de idade na data do exame clínico, isto em 17.9.80, cor branca, sexo feminino, portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita de Angle. De posse dos modelos e levantamento radiográfico, foram extraídos os dentes 14 e 24 em 8 e 22.10.80, respectivamente. Em data de 20.10.80 foi colocado aparelho, constante de 2 grampos tipo Adams¹, modificado por Grecco⁶ para mover os dentes 13 e 23. Adicionalmente a este aparelho foi colocado um mola para vestibularizar o dente 22. No período de 29.10.80 a 25.3.81, foi dada assistência à paciente, constando esta, de ativações aos grampos e molas. A partir de 25.3.81 a paciente usou até 3.12.81 uma placa de contenção para evitar recidivas. Em 9.12.81 foram feitos modelos finais para comprovação e verificação do caso. Dispõem-se de radiografias periapicais e panorâmicas dos dentes 13 e 23 antes e após o tratamento realizado. Pelas figuras 27 IA e 27 IB bem como 27 IIA e 27 IIB, os resultados alcançados. A paciente e seus pais ficaram satisfeitos pelo que foi realizado. O conceito foi aceitável.

PACIENTE 28

Paciente cor branca, sexo feminino, com 12 anos de idade e portadora de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita de Angle. No momento da 1^a consulta, orientou-se a mãe da paciente que para a referida correção era indicada a colocação do aparelho fixo, devido os dentes 16 e 17 estarem em mordida cruzada e o dente 13 em vestibulo versão. Daí a insistência da mãe, bem como da própria paciente em solucionar inicialmente a posição anormal do 13, pois especificamente vieram com este fim alegando a estética e problemas emocionais que o referido dente estava causando, resolveu-se atender o caso deixando bem claro de se colocar somente aparelho para melhorar a posição do dente 13 enquanto a posição anormal dos dentes 16 e 17 tomariam uma atitude de correção, no futuro, em clínica particular. Após estes esclarecimentos e colocações iniciou-se o referido tratamento específico do dente 13 em vestibulo versão. Como de costume foram realizadas moldagens e radiografias iniciais e após estudá-las foi extraído o dente 14 isto em data de 20.10.80. Nova moldagem foi realizada, para confecção do aparelho móvel o qual foi colocado em 19.11.80. Um segundo aparelho foi colocado em 15.4.81. Dois meses após foi retirado o aparelho de correção e colocado aparelho de contenção (Hawley). A paciente usou o aparelho de contenção por aproximadamente 5 meses. Pelos modelos, figuras 28 IA, 28 IB, 28 IIA, 28 IIB, 47 e 48, bem como pelas radiografias tomadas, pode-se concluir que a correção foi boa. Para esta paciente a correção durou cerca de 1 ano tendo sido feito 2 aparelhos móveis e 1 de contenção. Ao total foram dispensada à paciente 22 (vinte e duas) consul

tas. Paciente e mãe ficaram satisfeitas com o que foi realizado na correção, muito embora, não tivesse sido conseguido correção total do caso, visto as limitações da aparelhologia móvel. O conceito foi bom.

PACIENTE 29

Paciente com 14 anos de idade quando da 1^a consulta, cor branca, sexo masculino, portador de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após o estudo do caso, valendo-se dos modelos e radiografias, foram extraídos em 1^o e 10.10.80 respectivamente, os dentes 14 e 24. Em 29.10.80, foram realizadas moldagens para confeccionar o aparelho móvel. Este caso, apresentava os dentes 13 e 23 em vestibulo versão (vestibularizados), bem como o dente 22 em mordida cruzada anterior. Em 5.11.80, foi colocado aparelho constando de 2 grampos movimentadores dos caninos superiores, tipo Adams¹ modificado por Grecco,⁶ e uma mola com a finalidade de descruzar o dente 22. Com o 1^o aparelho, foi dado atendimentos ao paciente por um período de 4 meses aproximadamente. Foi necessário colocar um segundo aparelho com as mesmas características do primeiro e isto, ocorreu em 1.4.81. Com a colocação do segundo aparelho, o paciente recebeu também atendimentos periódicos que constava de ativações nos referidos grampos deslocadores e molas. Em data de 30.11.81, foi removido o aparelho e após novas moldagens foi colocada uma placa de contenção de Hawley para evitar recidivas. Dispõe-se de radiografias panorâmicas, onde se pode observar a posição normal do dente 13 no espaço do dente 14 extraído, no entanto, observa-se a posição razoável do dente 23 no espaço do dente 24 extraído. O dente 22 em mordida cruzada anterior, dificultou em muito, apesar do esforço na colocação do dente 23 em posição desejada ou seja, no lugar do espaço do dente 24 extraído. As figuras 29 IA, 29 IB, 29 IIA e 29 IIB, mostram os resultados finais alcançados. Em 30.6.82, fo

ram feitos modelos e radiografias, para comprovação do caso,
julgou-se o caso, aceitável.

PACIENTE 30

Paciente com 10 anos de idade quando da 1ª consulta, cor branca, sexo masculino e apresentando má-oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após o estudo dos modelos e interpretação radiográfica, foi extraído em data de 10.10.80 o dente 24. Em 12.10.80 foi realizada moldagem superior para confecção do aparelho movimentador do dente 23 o qual foi colocado em 30.10.80. O paciente recebeu diversos atendimentos e em data de 1.4.81 o aparelho móvel foi retirado e colocada uma placa de contenção de Hawley, que foi usada pelo paciente até 30.10.81, data em que julgou-se o caso terminado. Dispõe-se de radiografias panorâmicas e periapicais tiradas antes e após o tratamento, para comprovação do caso. A idade do paciente foi muito favorável pois o crescimento e desenvolvimento na faixa de sua idade, favorece o tratamento ortodôntico propriamente dito. Sua correção total foi realizada aproximadamente em um ano. Pelas figuras 30 IA, 30 IB, bem como 30 IIA e 30 IIB, comprovam-se os resultados alcançados. O conceito foi bom.

PACIENTE 31

Paciente cor branca, sexo feminino, na data do exame inicial, contava com 13 anos de idade e portadora de mã-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda, ou seja, bilateral de Angle. Após radiografias e modelos iniciais foram extraídos os dentes 14 e 24. Novos modelos foram confeccionados para a confecção do aparelho o qual foi colocado em 23.10.80. O aparelho constava de dois grampos tipo Adams¹, modificado por Grecco⁶. De 15 em 15 dias os grampos eram ativados. Após 6 meses, entretanto foi necessário fazer um novo aparelho em virtude do estado adiantado da correção e o aparelho não ter mais ação. O novo aparelho foi colocado em 24.4.81. Após dois meses, tendo a paciente recebido as consultas periódicas, julgou-se satisfatória a correção, quando se fez novos modelos de estudo e confeccionada uma placa de contenção (Hawley). A placa de Hawley foi ativada e mantida sob controle por 6 meses. Em 3.12.81 foi removida a contenção quando foram executados os modelos finais para documentação bem como radiografias. Pelas figuras 31 IA, 31 IB, 31 IIA e 31 IIB e radiografias pode-se verificar que foi satisfatória a correção. Paciente, bem como seus familiares se deram por satisfeitos. Nota-se, todavia, que a correção visou conforme já explicado no início da pesquisa, unicamente corrigir a parte estética deslocando os dentes 13 e 23 em vestibulo versão para os lugares dos dentes 14 e 24, extraídos. O conceito foi aceitável.

PACIENTE 32

Paciente cor branca, sexo masculino, com 14 anos de idade no momento da 1ª consulta, portador de má-oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle. Após todos os exames e estudos necessários que foram executados de 12.8.80 a 1.10.80, foram realizadas as extrações dos dentes 14 e 24. Após nova moldagem foi feito e colocado em 21.11.80 o aparelho movimentador para os dentes 13 e 23. Este aparelho o paciente usou pelo período de 7 meses somente, quando julgou-se satisfatória a correção. Em data de 10.6.81, foi colocada uma placa de contenção (Hawley) tendo sido retirada em 14.12.81. Conforme fotografias dos modelos finais, figuras 32 IA, 32 IB, 32 IIA e 32 IIB, pode-se observar a posição dos dentes 13 e 24 para os espaços dos dentes 14 e 24 extraídos. As radiografias existentes, comprovam os movimentos dos caninos inclusive das suas raízes para os espaços deixados pelos dentes 14 e 24 extraídos. Levando-se em conta as limitações da aparatologia móvel, julgamos ter alcançado resultado satisfatório e em tempo relativamente rápido. Deve-se acrescentar ainda a idade do paciente, que contava com 14 anos de idade, idade esta já dificulta este tipo de correção tendo em vista um já completo crescimento ósseo da face. Os dentes 13 e 23 já apresentavam com seus ápices formados. O conceito foi bom.

PACIENTE 33

Paciente cor branca, sexo feminino com 11 anos de idade no momento da 1ª consulta e portadora de Classe II de Angle. Após os exames normais foram extraídos os dentes 14 e 24 isto em 30.10.79 e 6.11.79 respectivamente. Em 20.11.79 foi colocado aparelho para mover os dentes 13 e 23. De 20.1.79 a 25.2.81 foi dado atendimento ao paciente constando de ajustes periódicos e conserto do referido aparelho. Em 25.2.81 foi julgada satisfatória a correção e coloca-se a placa de contenção de Hawley. Esta placa o paciente usou até 10.9.81 quando foi dado por encerrado o tratamento e feito na ocasião moldagens finais, bem como tomada de radiografias. Conclusão: Pelo estudo das radiografias das arcadas, bem como dos modelos, figuras 33 IA, 33 IB, 33 IIA, 33 IIB, 41 e 42, pode-se concluir aceitável a correção. Os dentes 13 e 23 pela correção foram deslocados para os espaços deixados pelos dentes 14 e 24 extraídos. O movimento distal dos dentes 13 e 23 foi inclusive de suas raízes conforme pode-se observar nas fotografias das radiografias. A assiduidade da paciente bem como sua idade (11 anos) favoreceram em muito o referido tratamento.

PACIENTE 34

Paciente cor branca, sexo feminino, com 11 anos de idade, no momento da 1ª consulta e sendo portadora de má-oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita de Angle. Após os modelos e radiografias iniciais, foi extraído o dente 14 em data de 22.5.79. Em 5.6.79, foi colocado o aparelho para mover o dente 13. Esta paciente foi atendida em idade bastante favorável para a movimentação dos dentes 13 e 23, pois o dente 13 começava a irromper na arcada como mostra as figuras 34 IA, o que facilitou em muito a movimentação. Foi colocado um segundo aparelho em 5.8.79. Após 10 meses foi colocada uma placa de contenção de Hawley, que a paciente usou por 6 meses para evitar a recidiva. A correção total foi em torno de dezoito meses. Os resultados são os constantes das figuras 34 IA, 34 IB, 34 IIA, 34 IIB e 38. O conceito foi aceitável.

PACIENTE 35

Paciente do sexo feminino, cor branca e contando com 10 anos de idade no início do tratamento. Era portadora de má-oclusão Classe I de Angle. A paciente apresentou-se no exame inicial com o dente 24 ausente, extraído em clínica particular. Foi confeccionado, após os exames de rotina, um aparelho para movimentar o dente 14, aparelho este colocado em data de 17.4.79. Em 13.6.79, foi retirado o referido aparelho e colocada uma placa de contenção de Hawley, tendo sido usada até 20.12.79. As figuras 35 IA, 35 IB, 35 IIA, 35 IIB e 52, mostram como ficou a correção. Julgou-se que a idade favoreceu a correção visto ter deslocado o dente 14 em aproximadamente três meses e a correção num prazo de oito meses. Apesar de ter sido extraído somente o dente 24, não houve substancial modificação da linha média. Entretanto, pelo exame geral do caso, julgou-se o tratamento aceitável.

PACIENTE 36

Paciente cor branca, sexo masculino, com 14 anos de idade no momento da primeira consulta, portanto já com a arcada toda desenvolvida, crescimento ósseo completo da face. Paciente portador de má-oclusão Classe II 2^a divisão, sub - divisão direita-esquerda de Angle. Após todos os exames necessários foi feita a exodontia dos dentes 14 e 24, isto em data de 22 e 28.11.79 respectivamente. Em 13.12.79, foi colocado o aparelho para movimentar os dentes 13 e 23. O paciente usou este aparelho pelo prazo aproximadamente de um ano tendo em 19.11.80, sido colocada placa de contenção que foi usada até 23.3.81. As figuras 36 IA e 36 IB, mostram o caso antes da correção e as figuras 36 IIA e 36 IIB mostram o caso após a correção. Este foi o caso que julgado bom e que devido a grande colaboração do paciente pode realmente alcançar em um espaço de tempo relativamente curto, 12 meses, levando-se em conta a idade do paciente e a gravidade do caso.

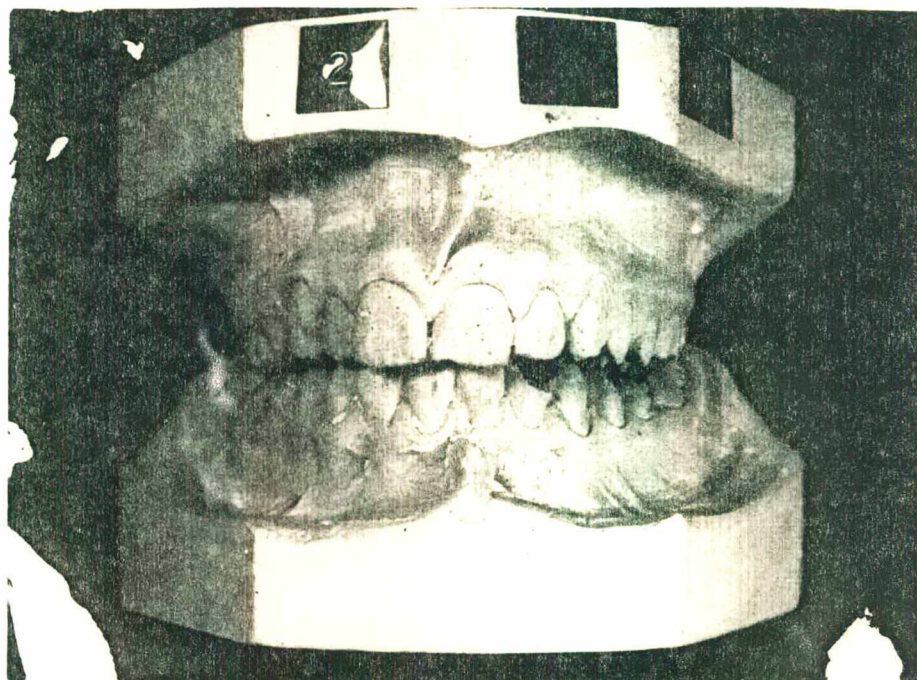


FIGURA 2 IIA

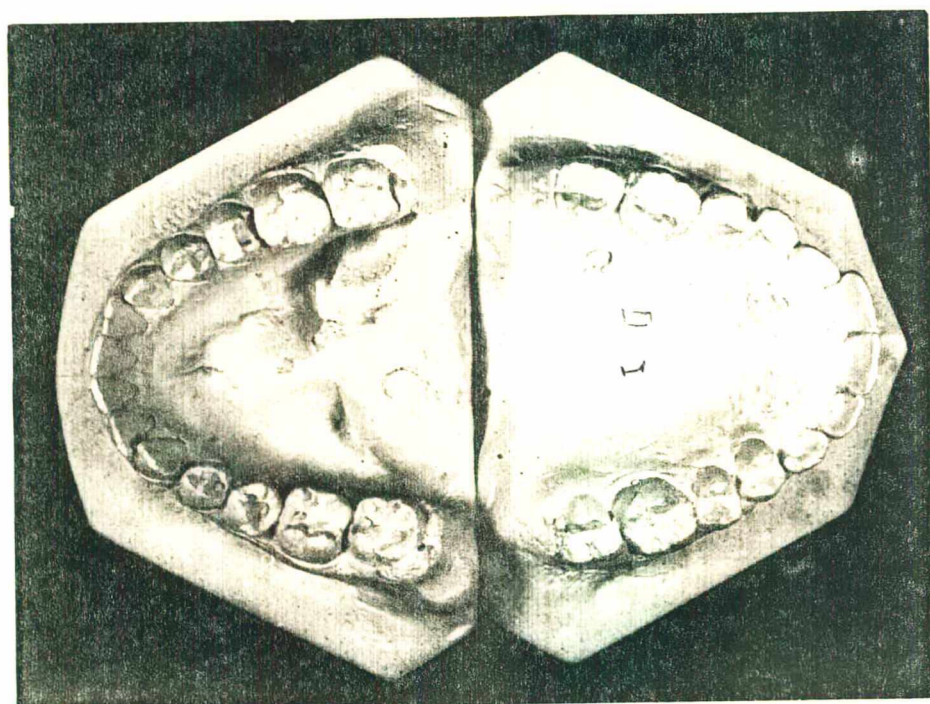


FIGURA 2 IIB

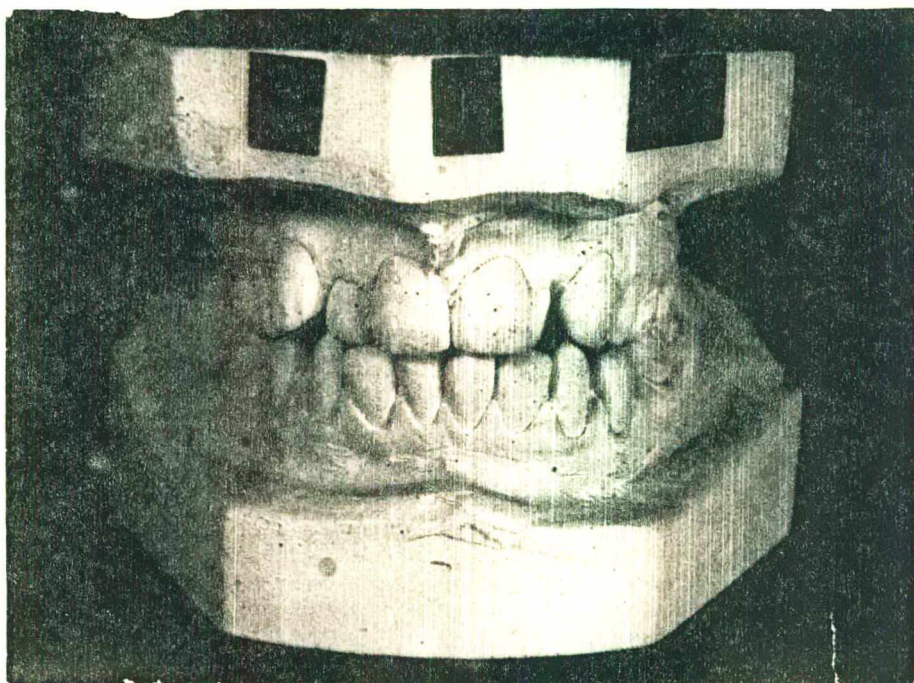


FIGURA 3 IA

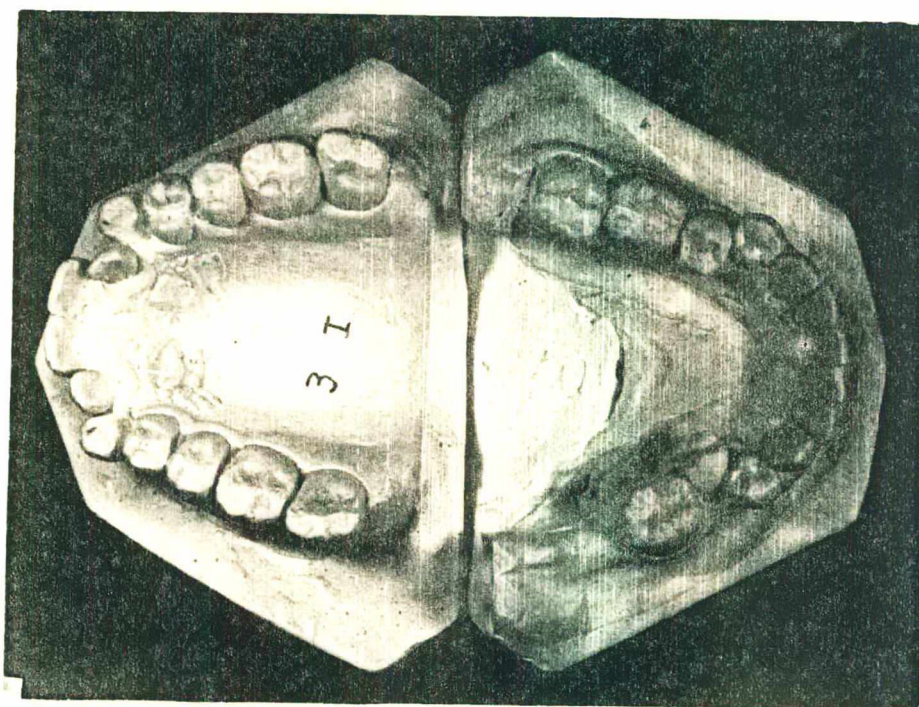


FIGURA 3 IB

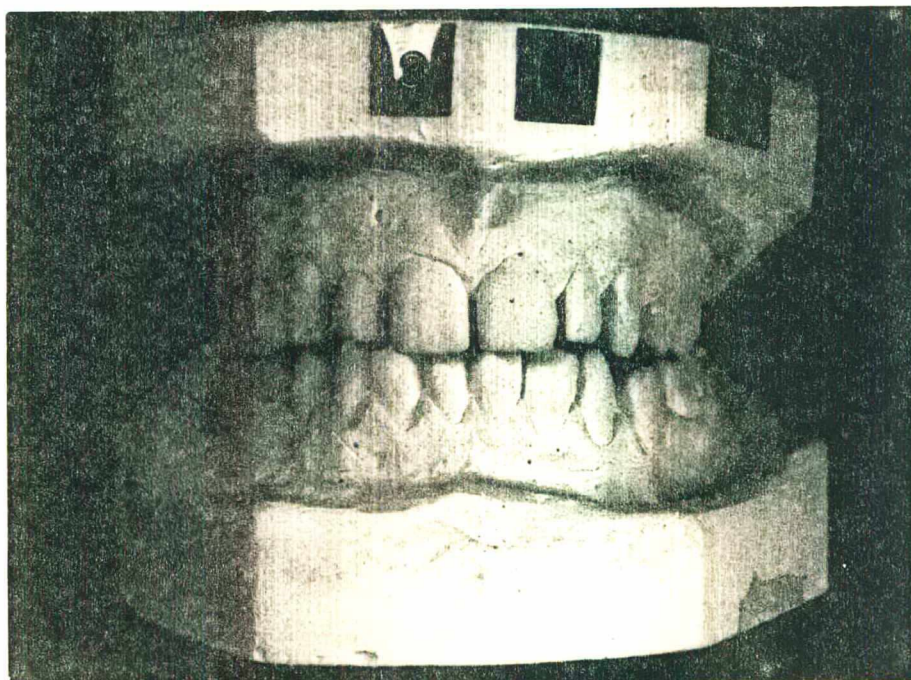


FIGURA 3 IIA

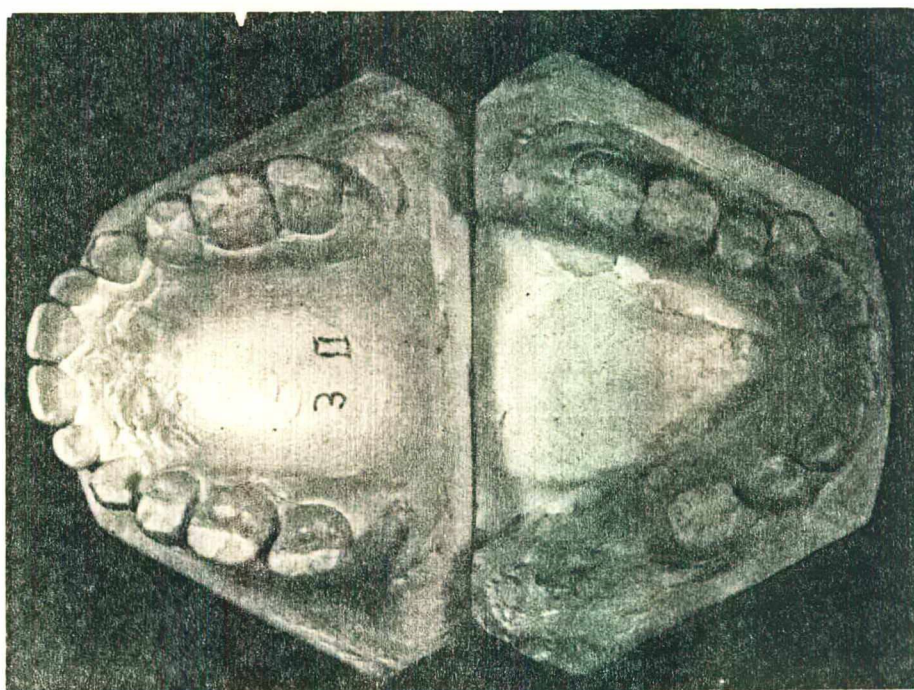


FIGURA 3 IIB

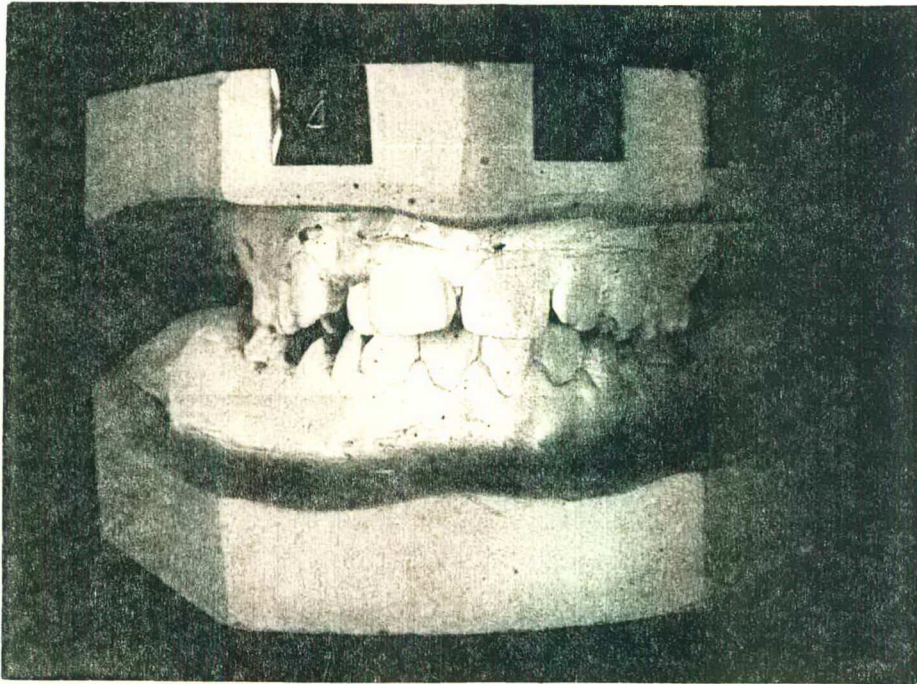


FIGURA 4 IA

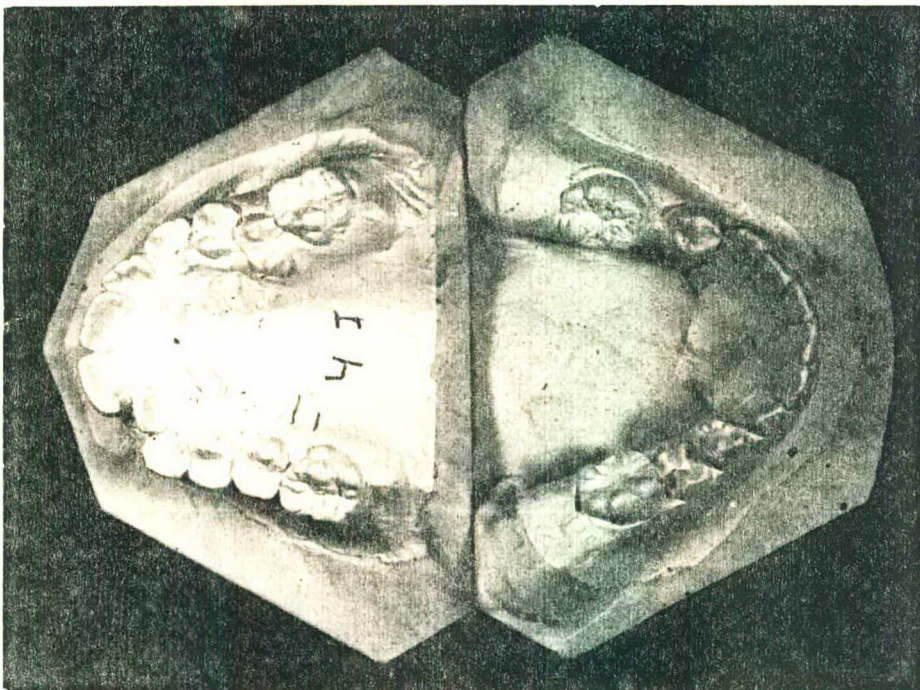


FIGURA 4 IB

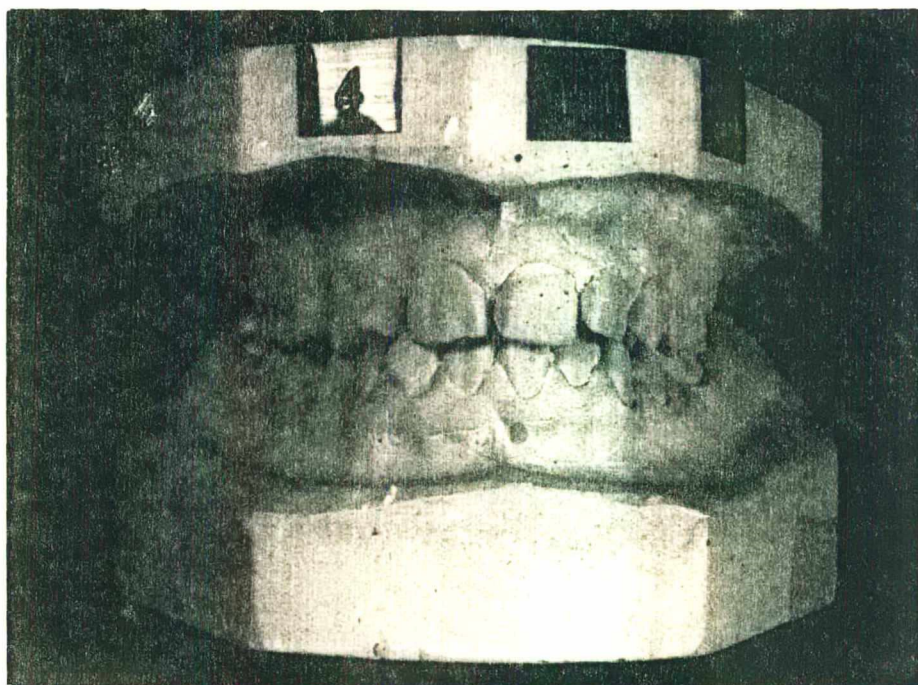


FIGURA 4 IIA

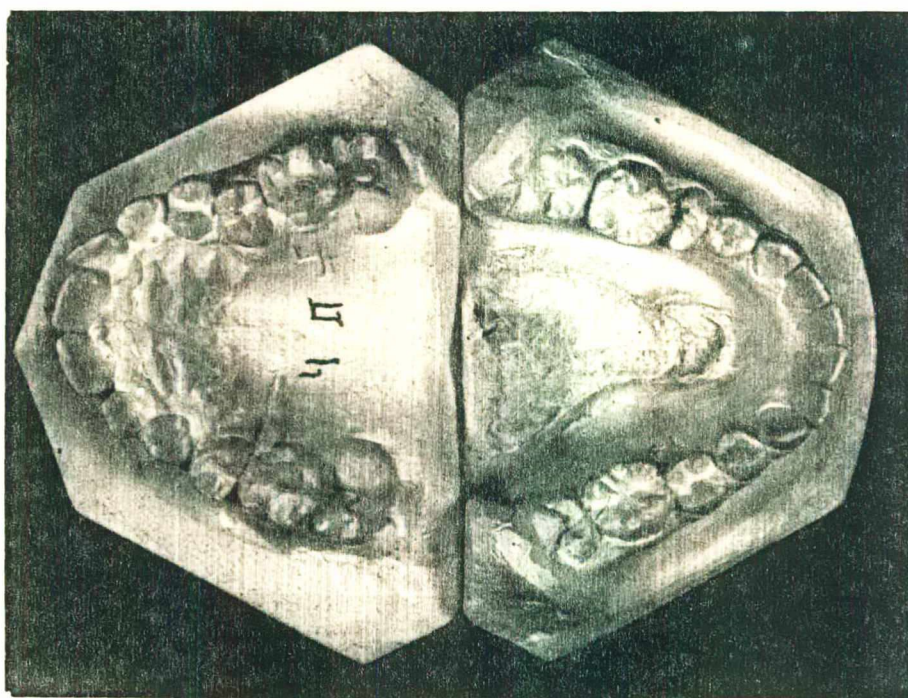


FIGURA 4 IIB

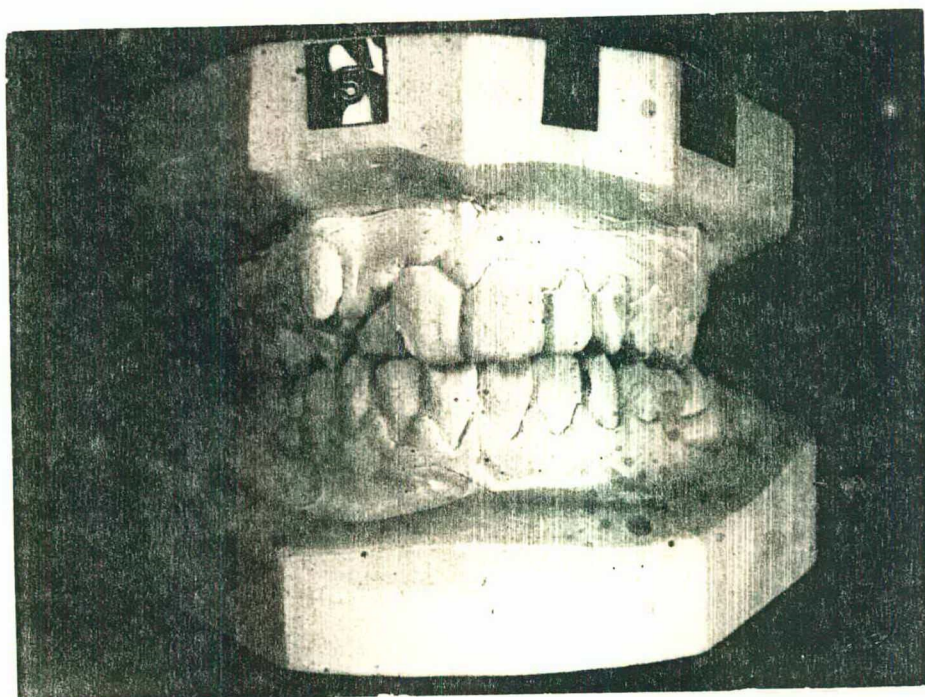


FIGURA 5 IA

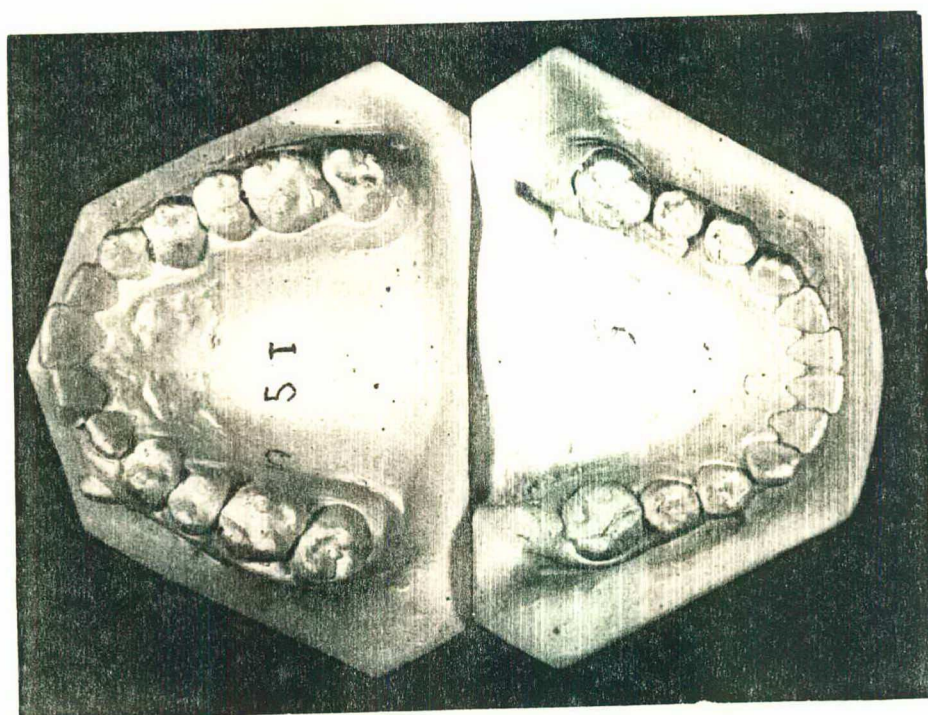


FIGURA 5 IB

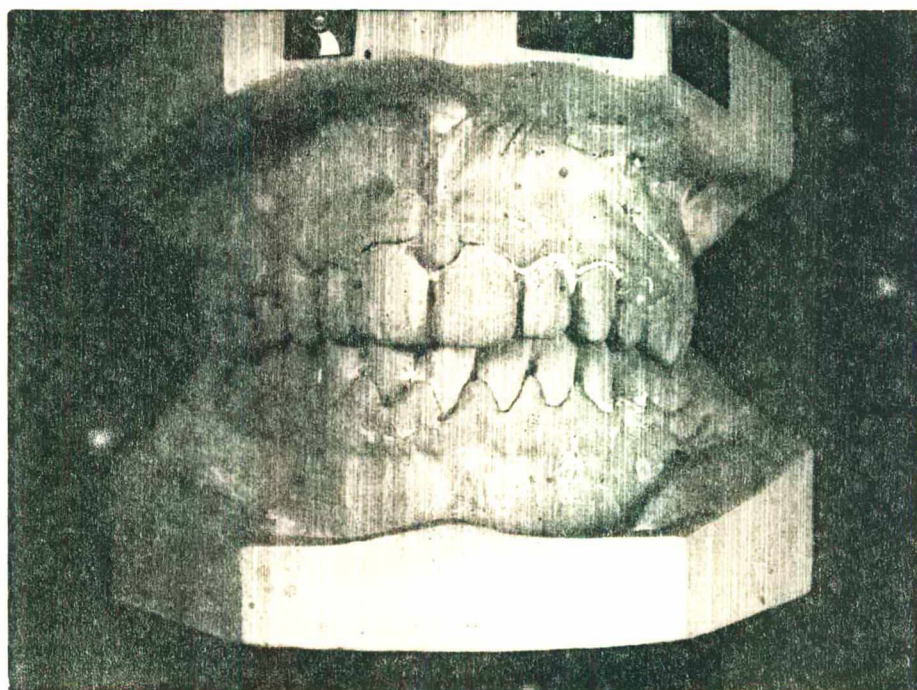


FIGURA 5 IIA

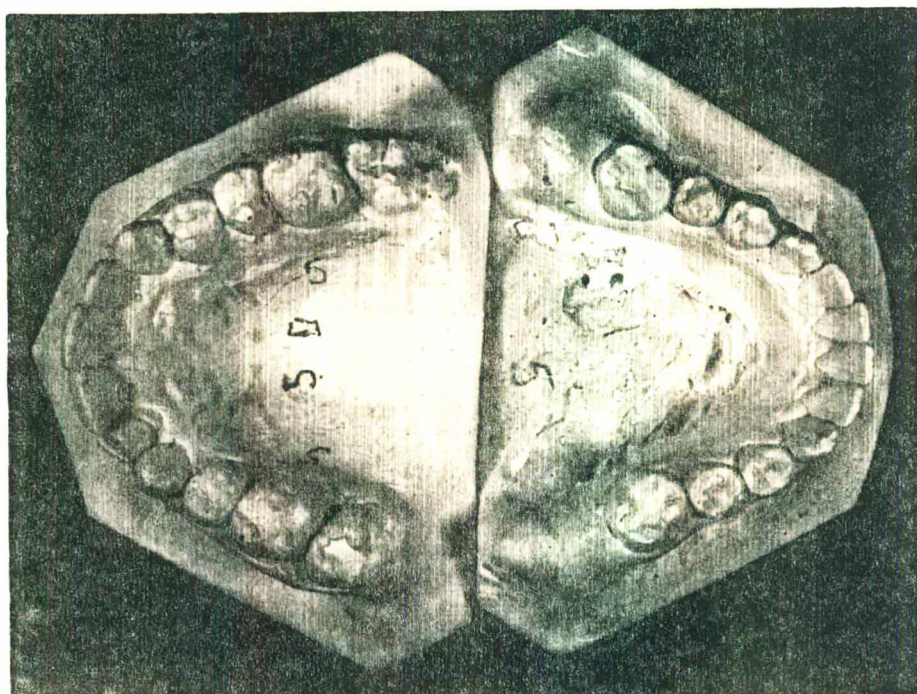


FIGURA 5 IIB

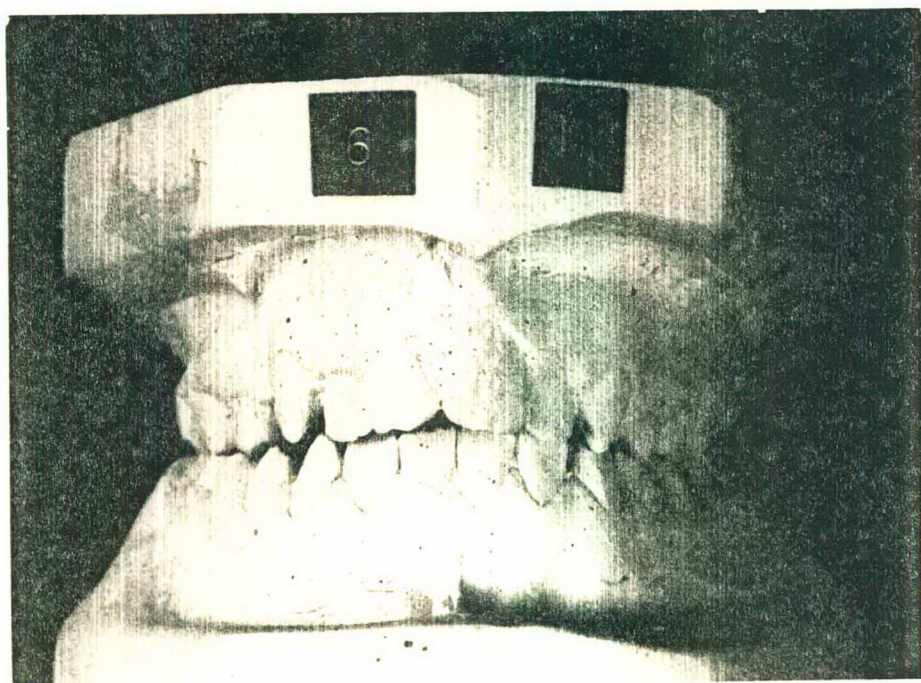


FIGURA 6 IIA

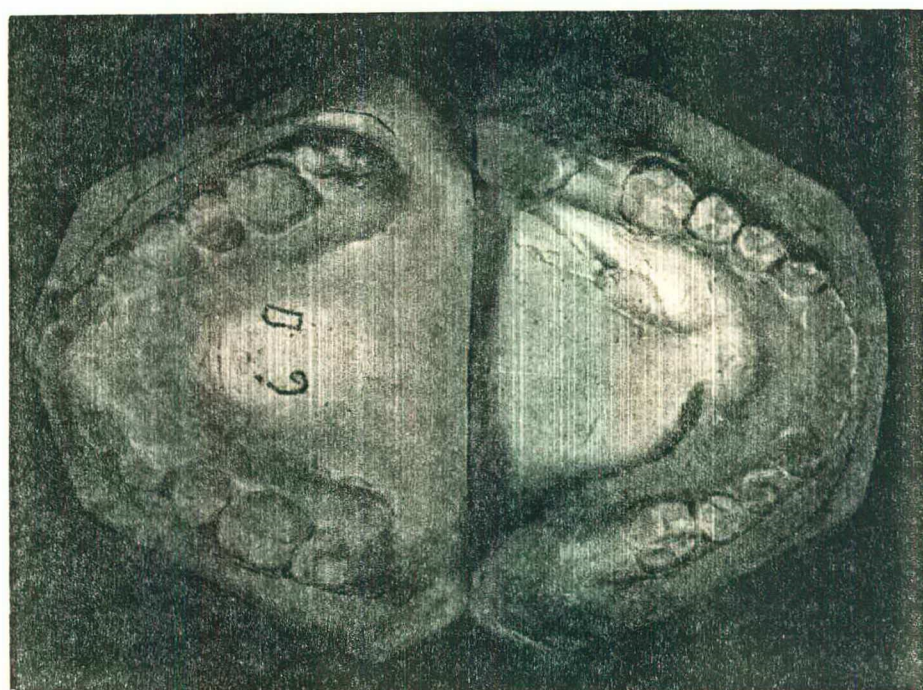


FIGURA 6 IIB

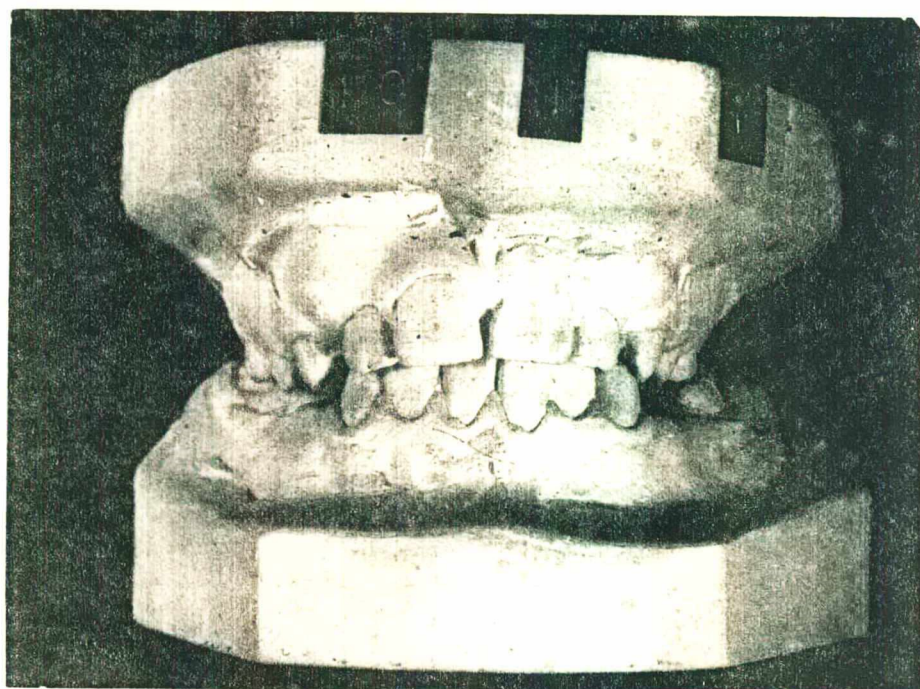


FIGURA 10 IA

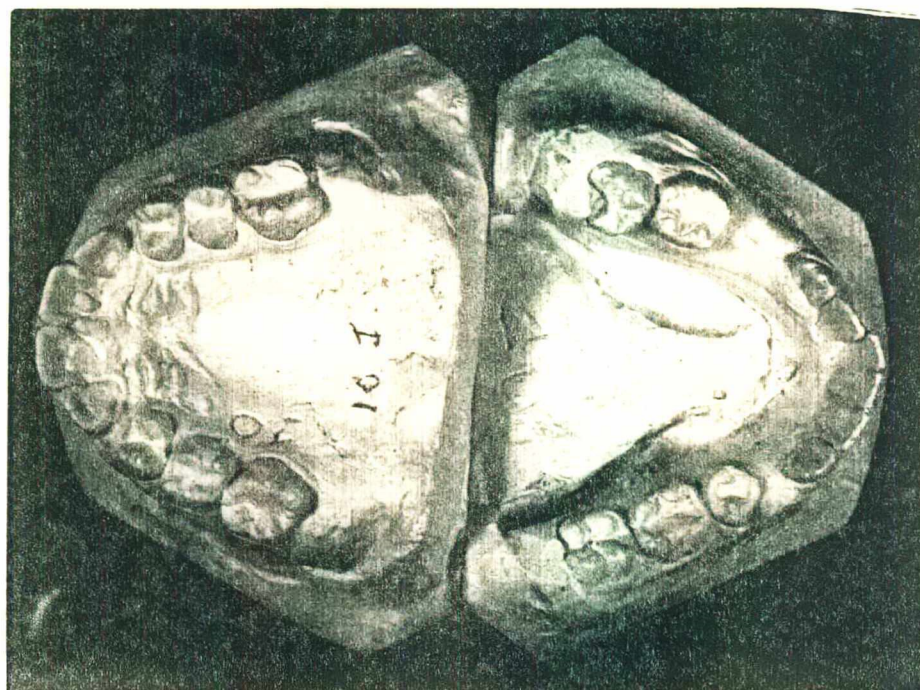


FIGURA 10 IB

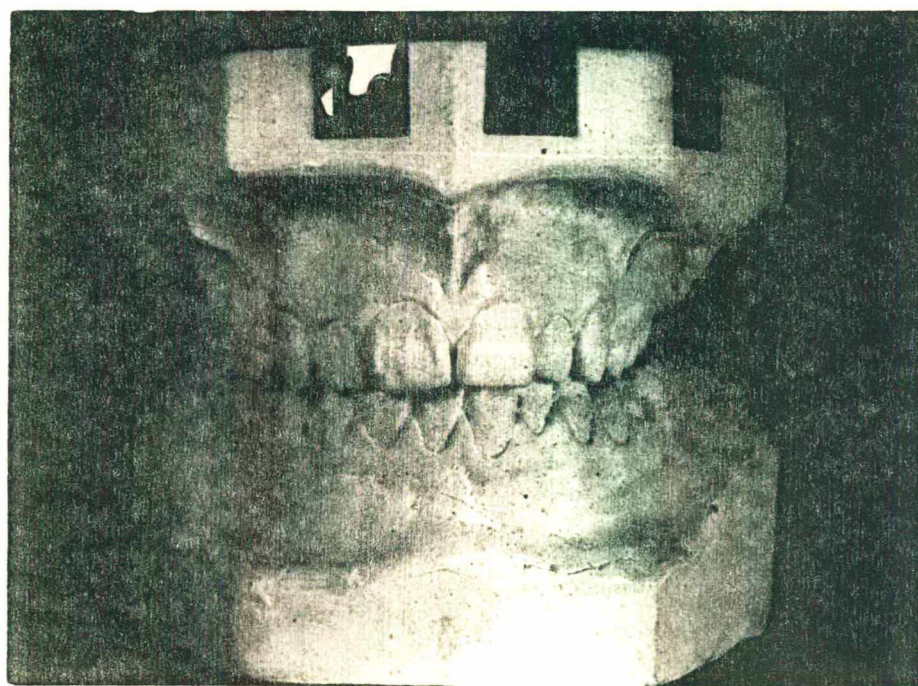


FIGURA 10 IIA

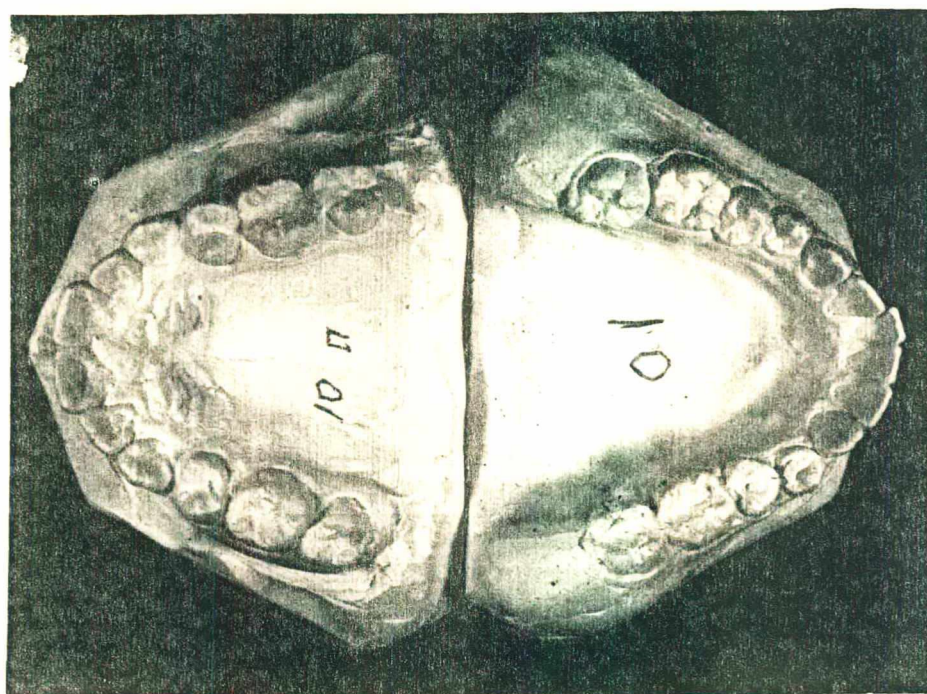


FIGURA 10 IIB

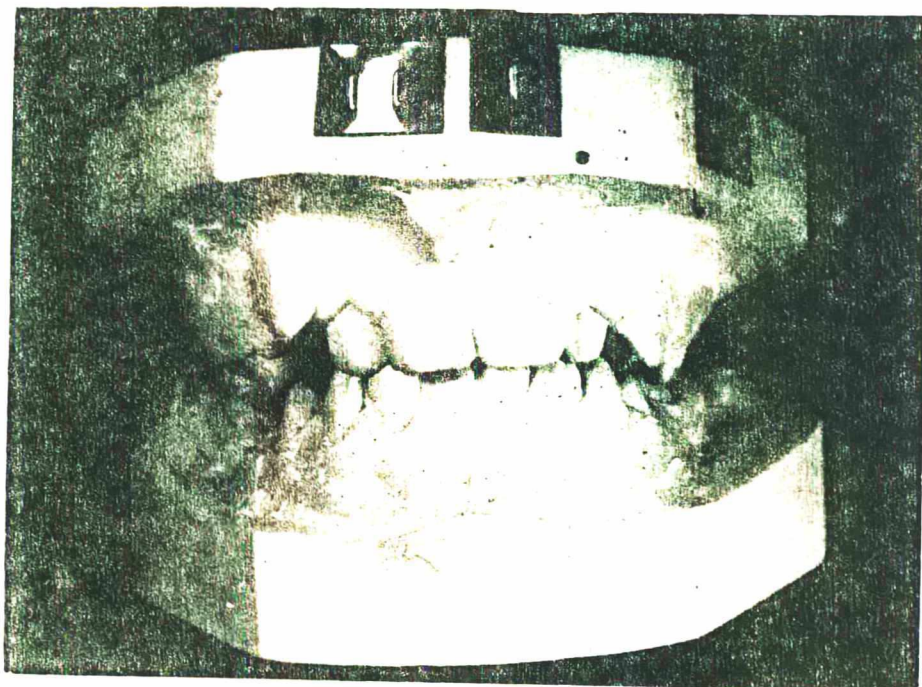


FIGURA 11 IA

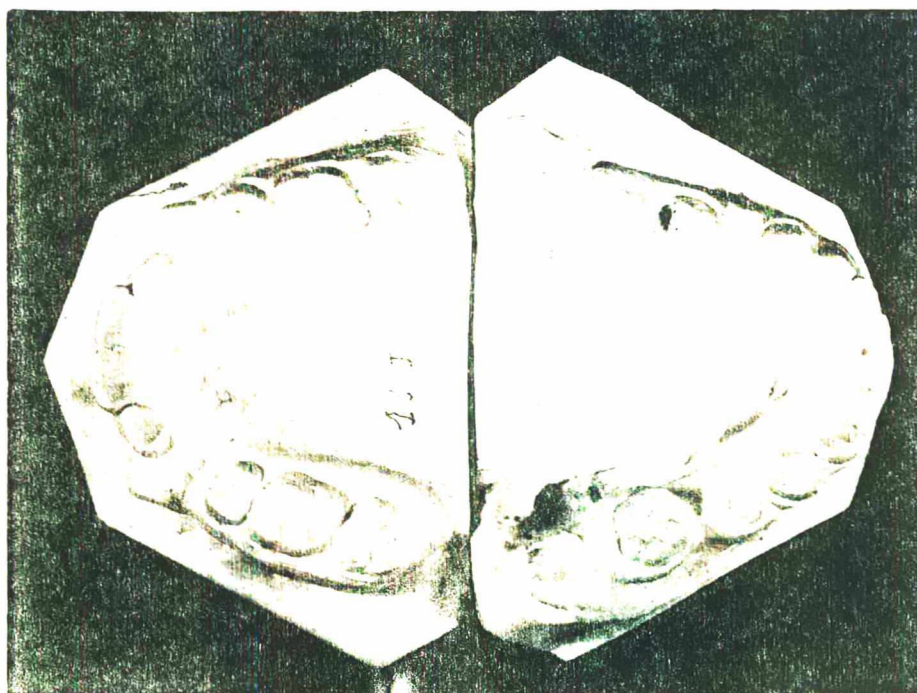


FIGURA 11 IB

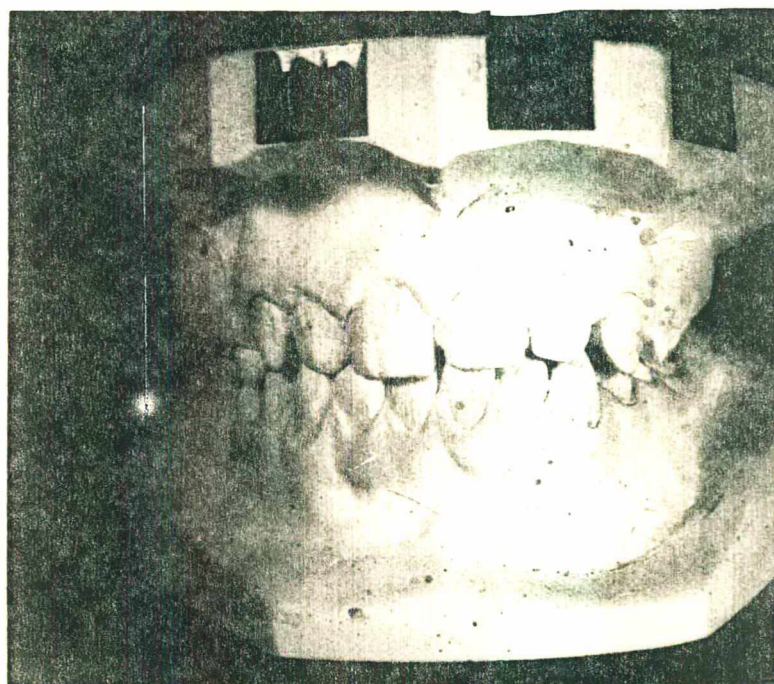


FIGURA 11 IIA

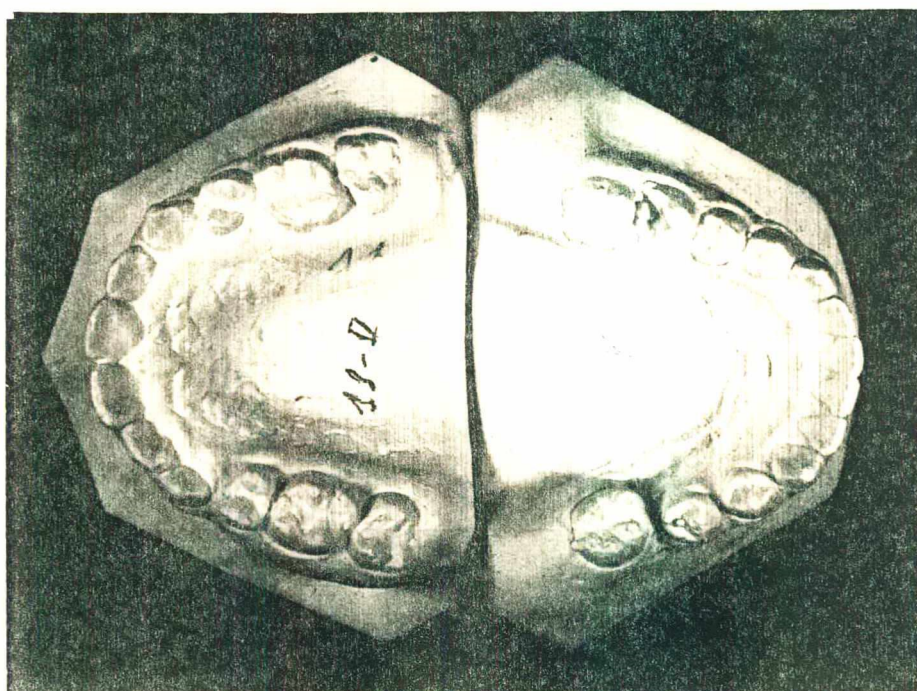


FIGURA 11 IIB

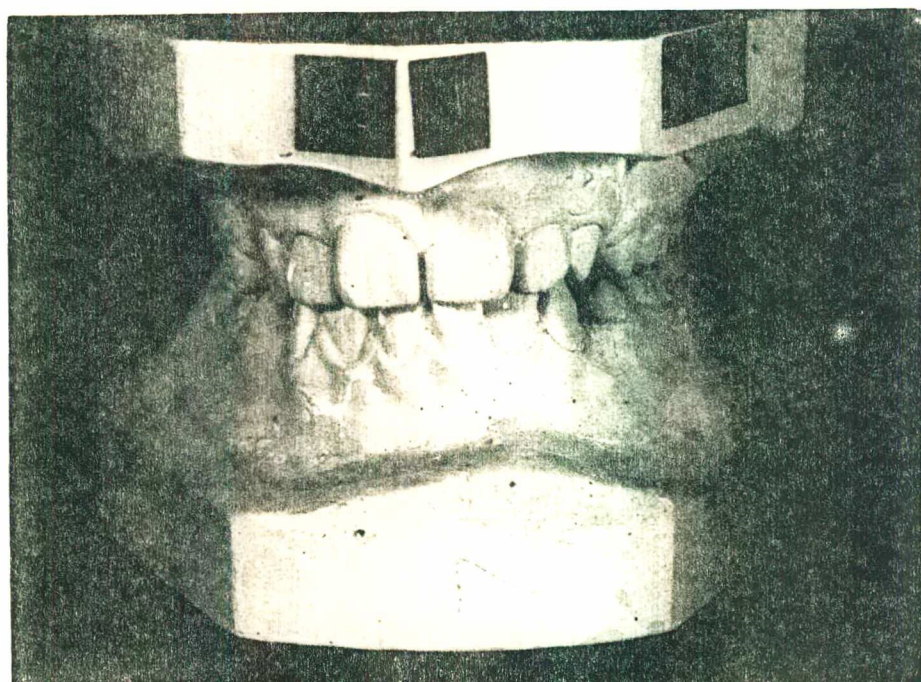


FIGURA 13 IA

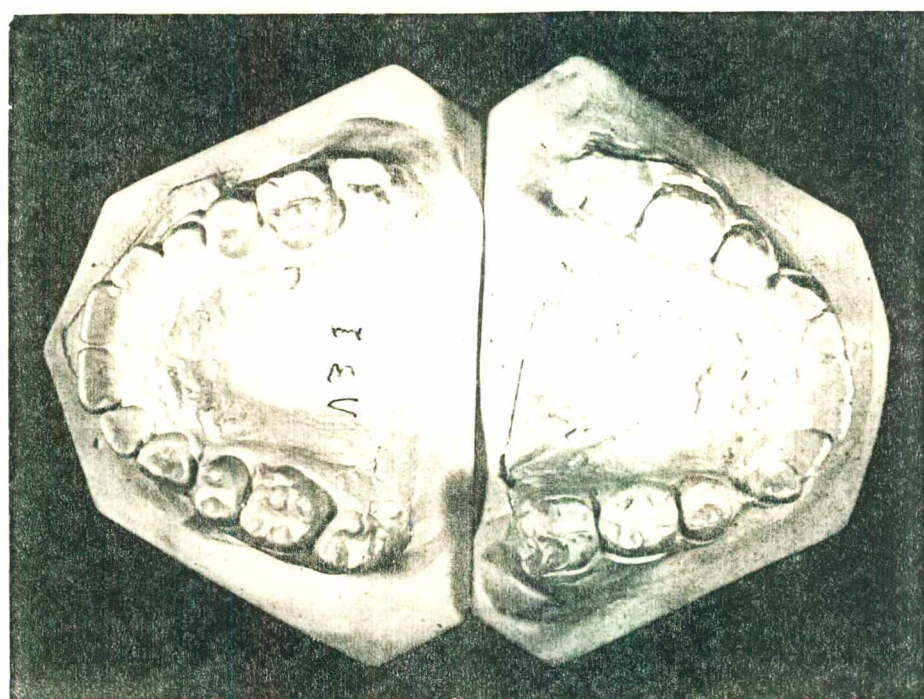


FIGURA 13 IB

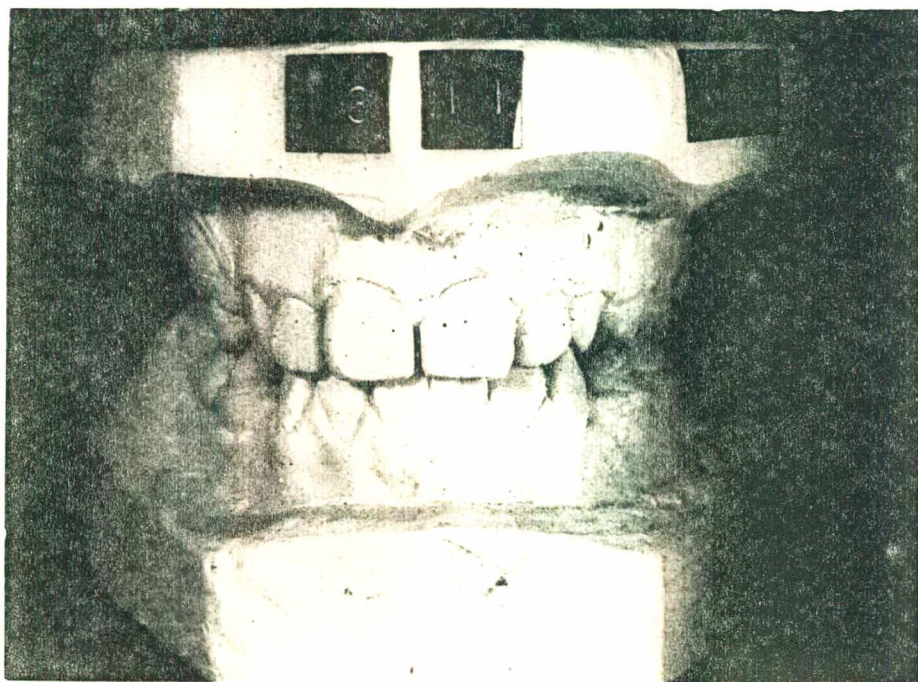


FIGURA 13 IIA

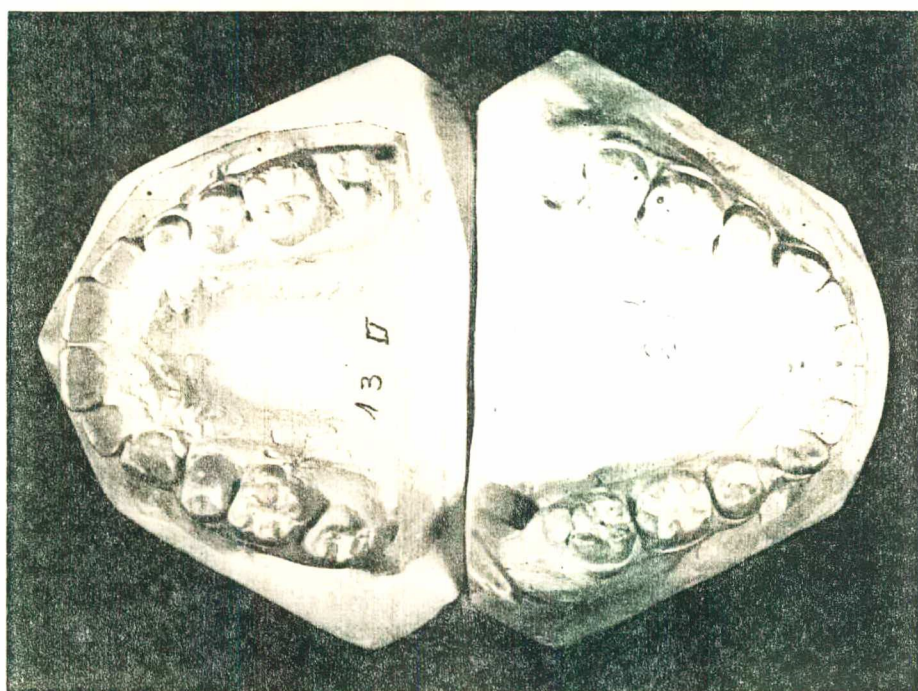


FIGURA 13 IIB

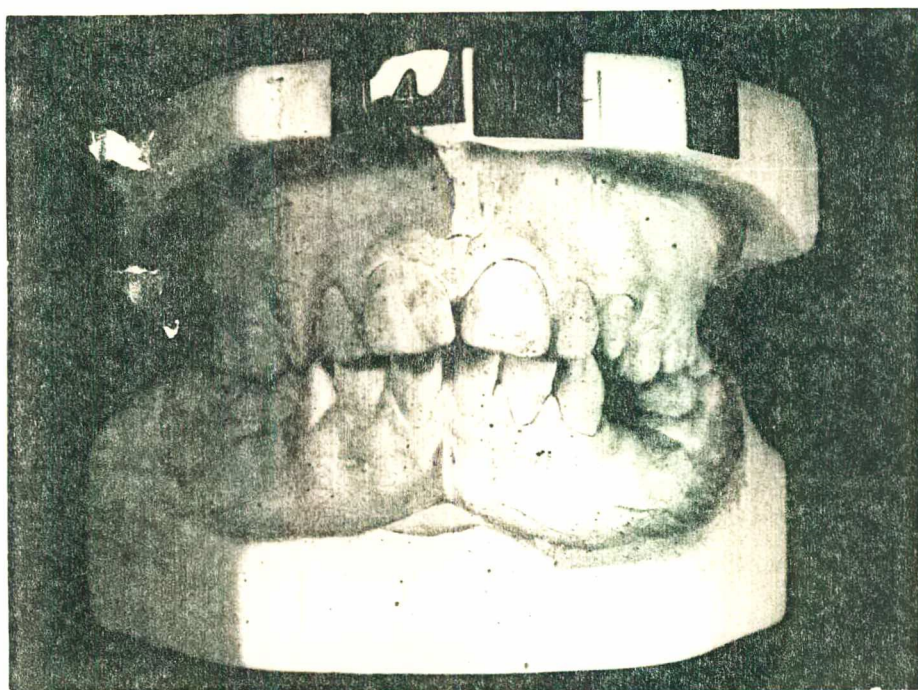


FIGURA 14 IIA

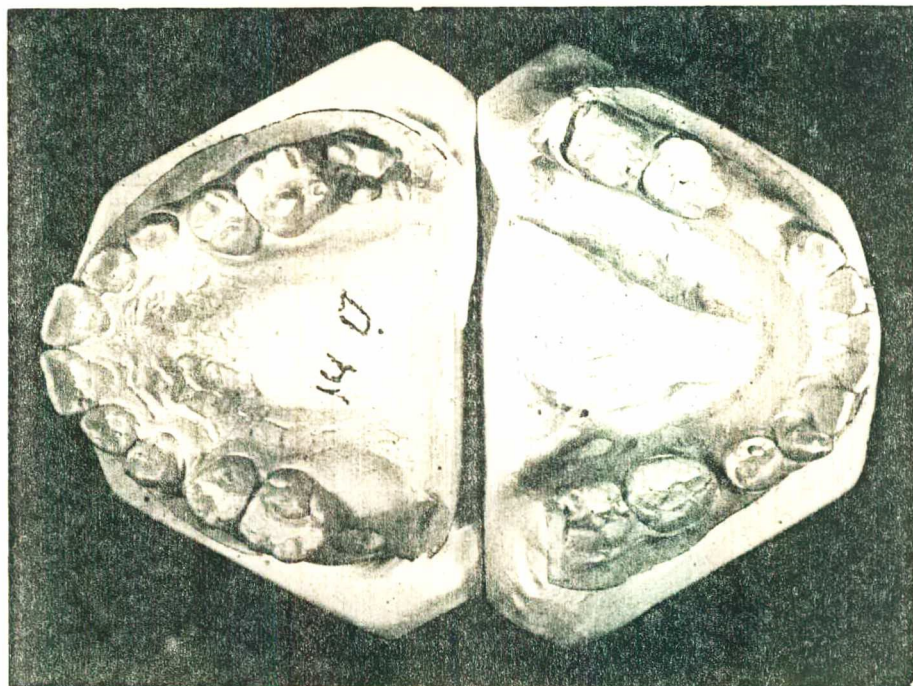


FIGURA 14 IIB

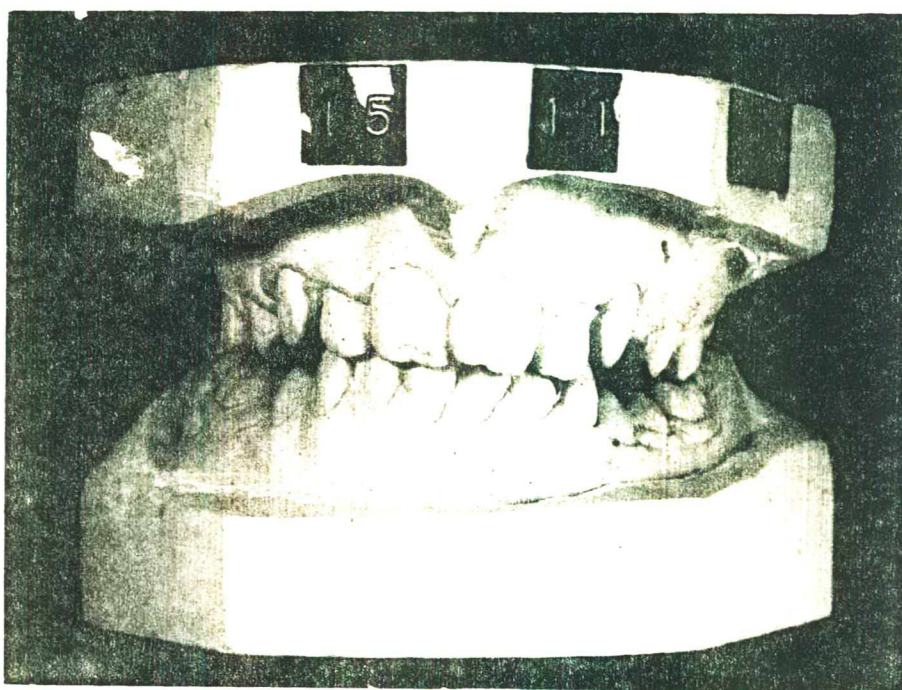


FIGURA 15 IIA

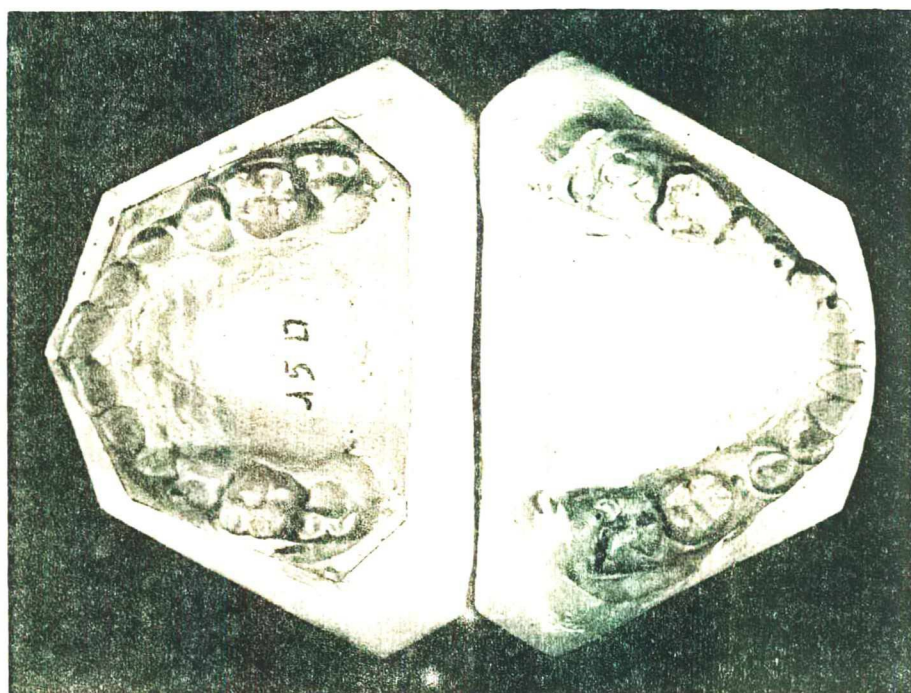


FIGURA 15 IIB

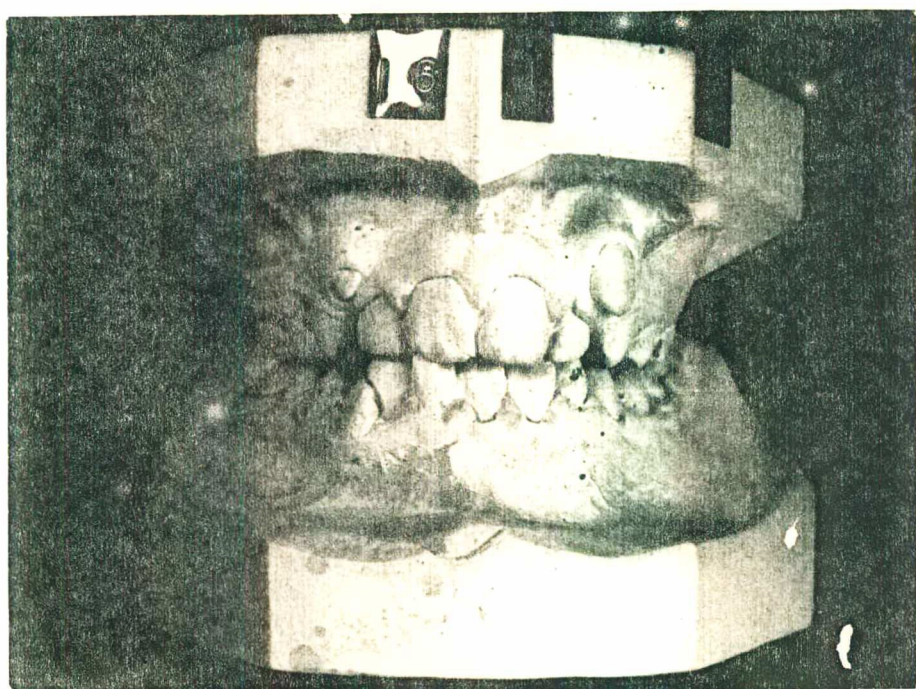


FIGURA 16 IIA

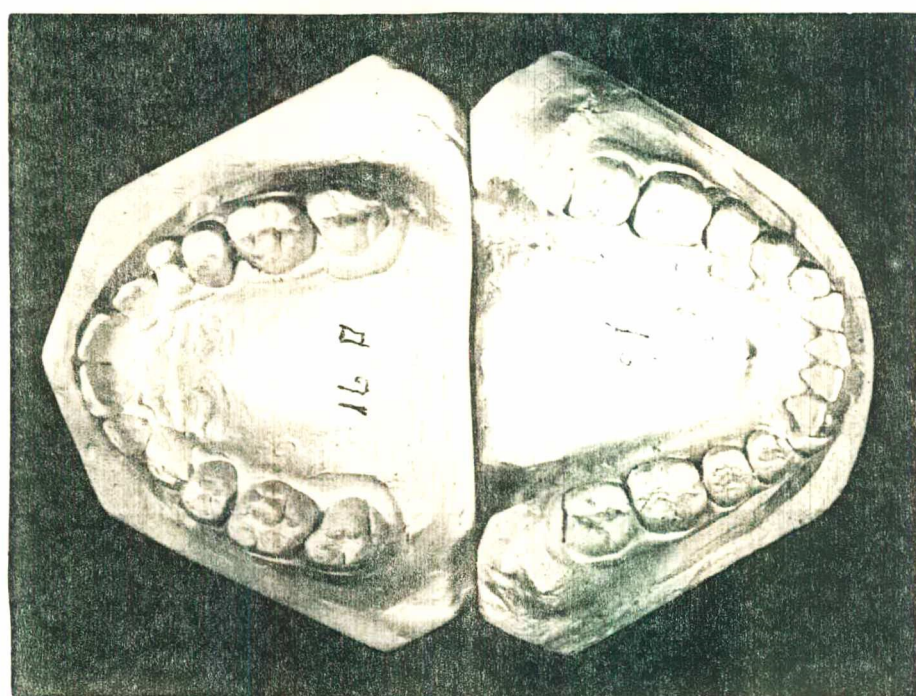


FIGURA 16 IIB

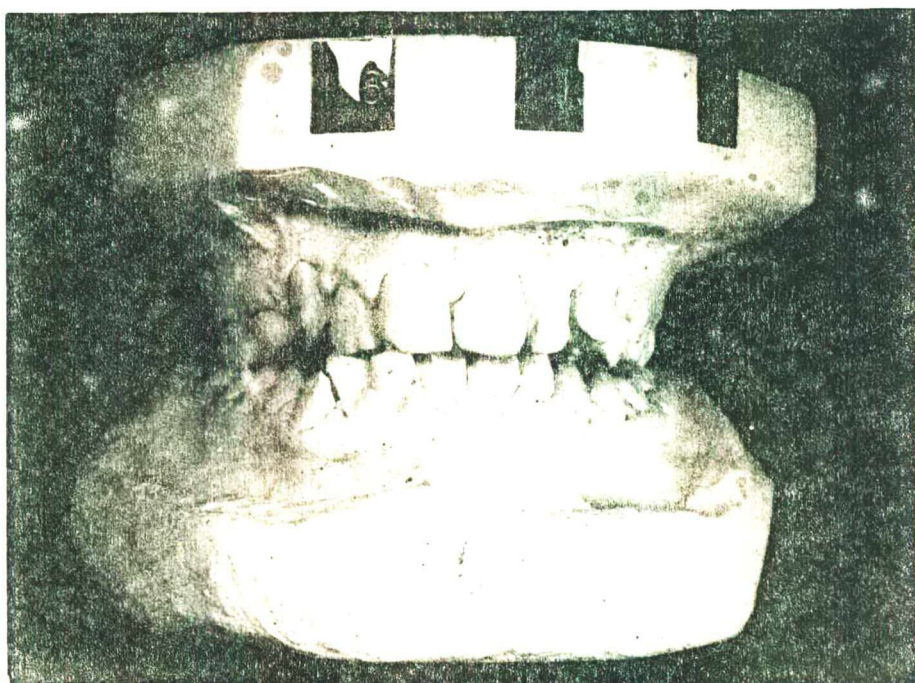


FIGURA 16 IA

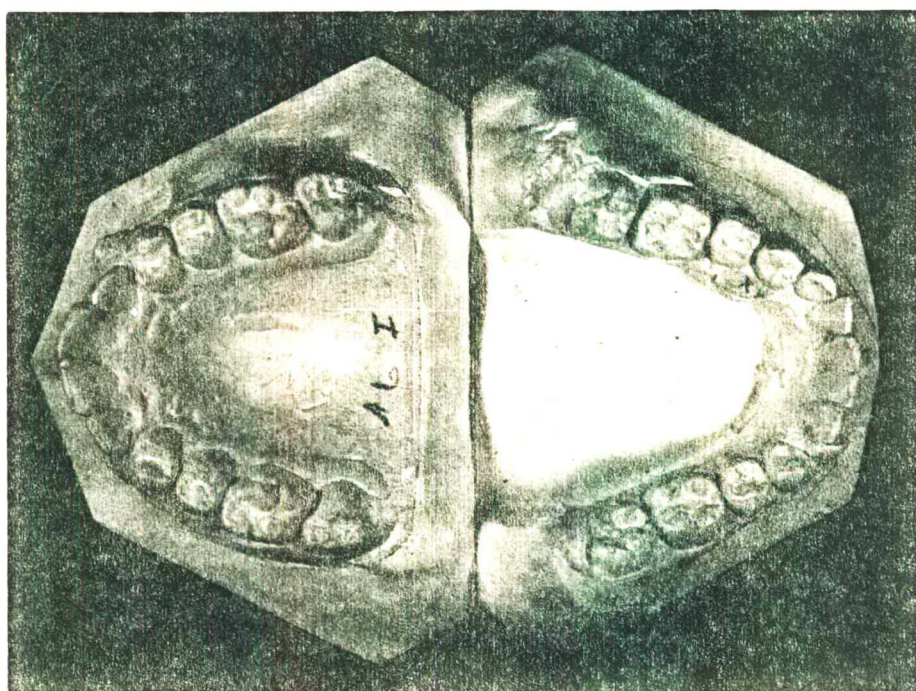


FIGURA 16 IB

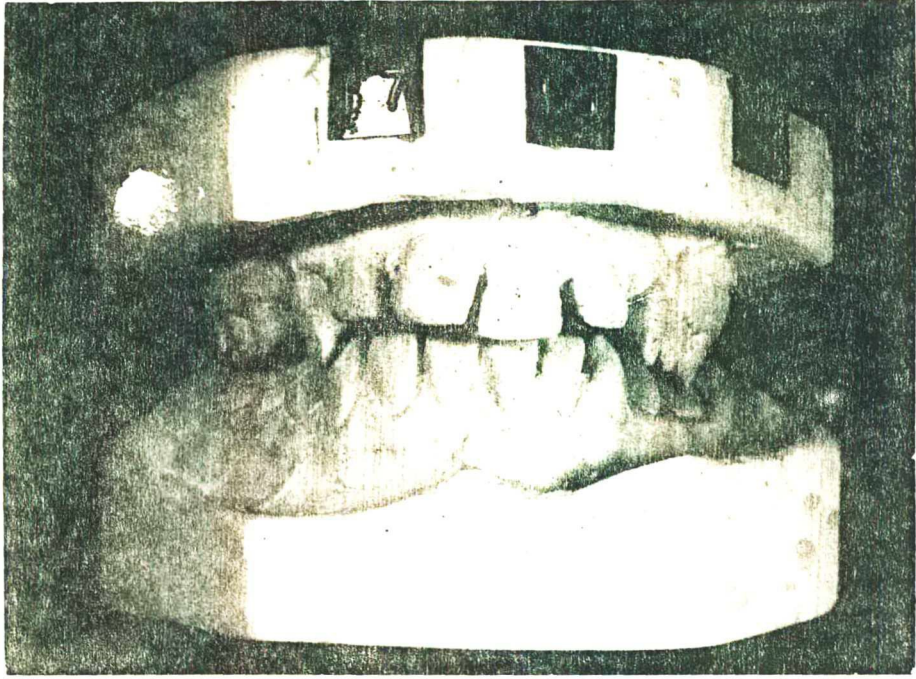


FIGURA 17 IIA

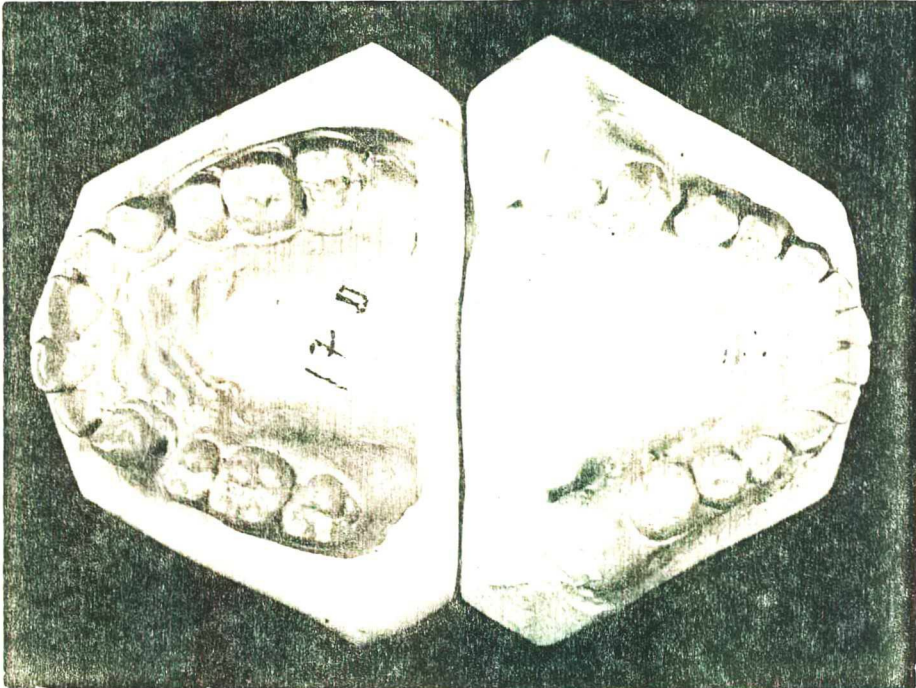


FIGURA 17 IIB

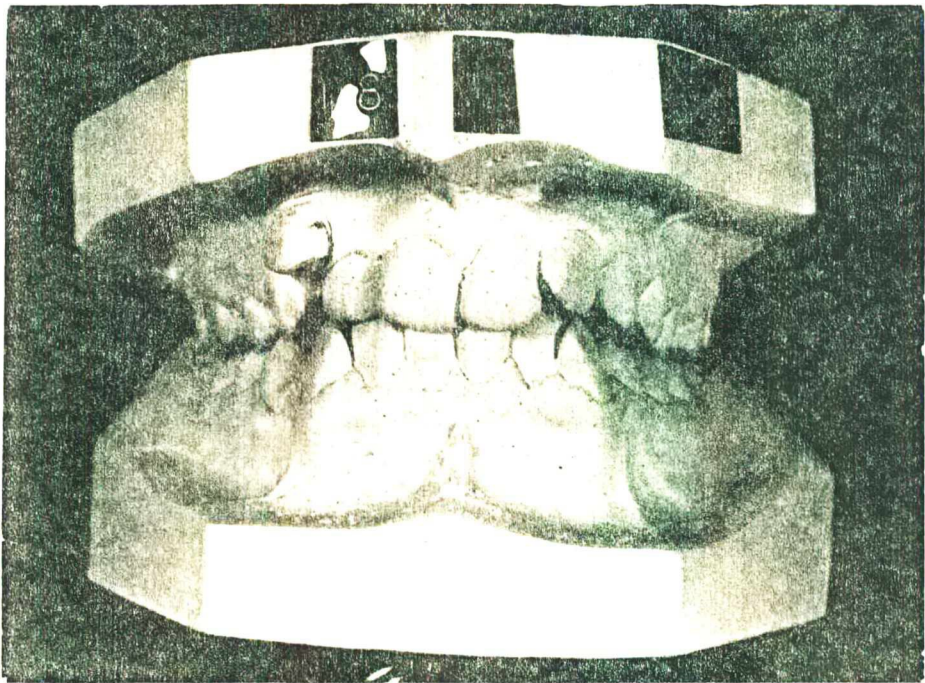


FIGURA 18 IIA

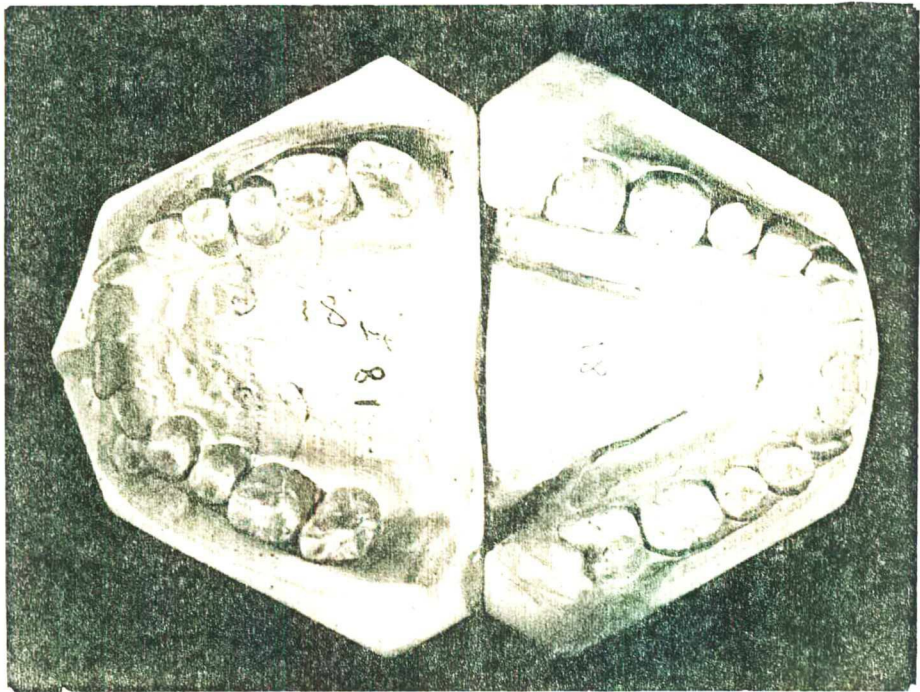


FIGURA 18 IIB

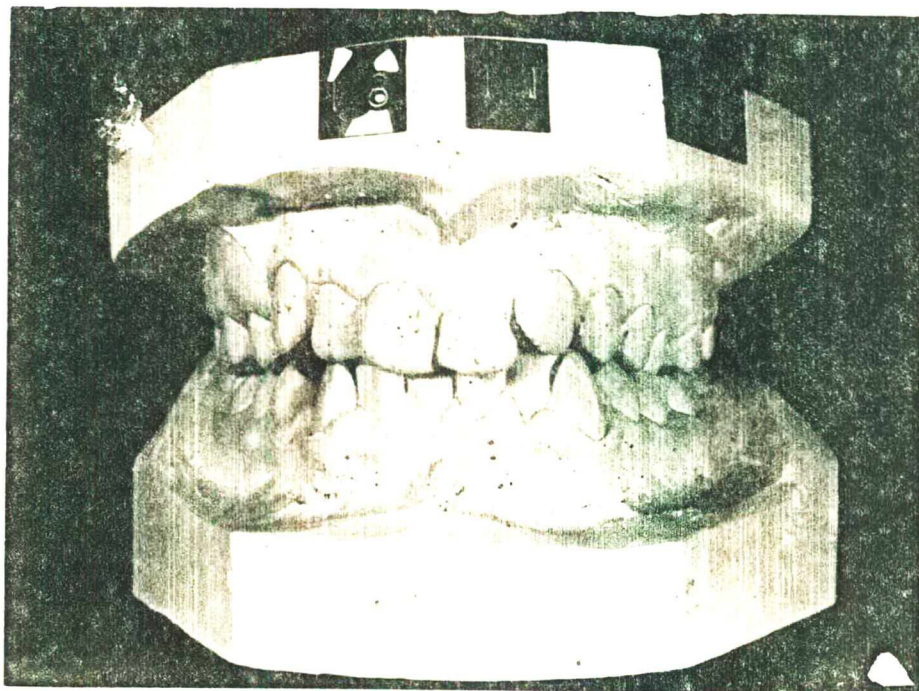


FIGURA 18 IA

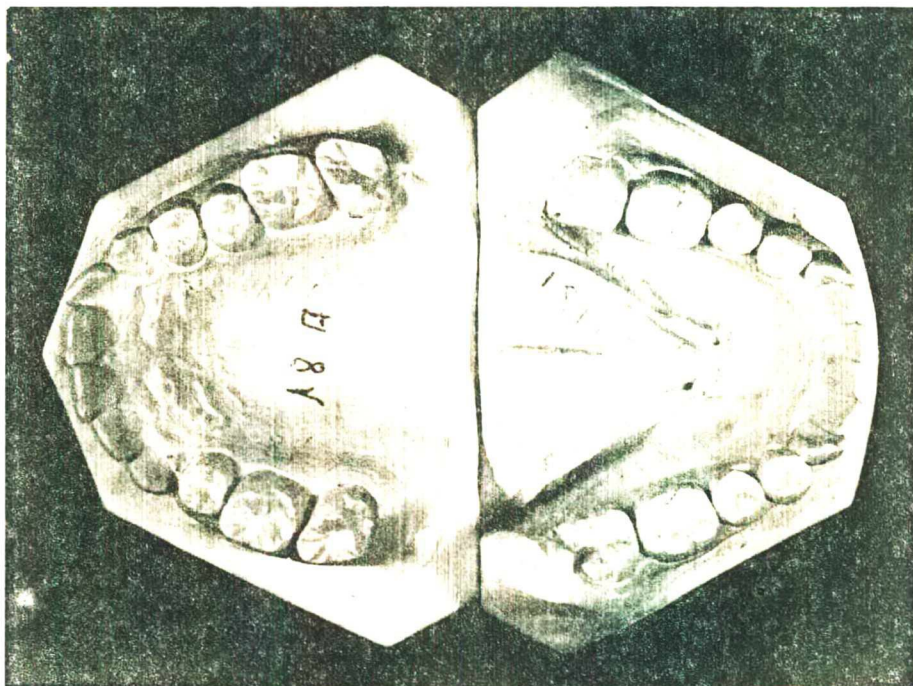


FIGURA 18 IB

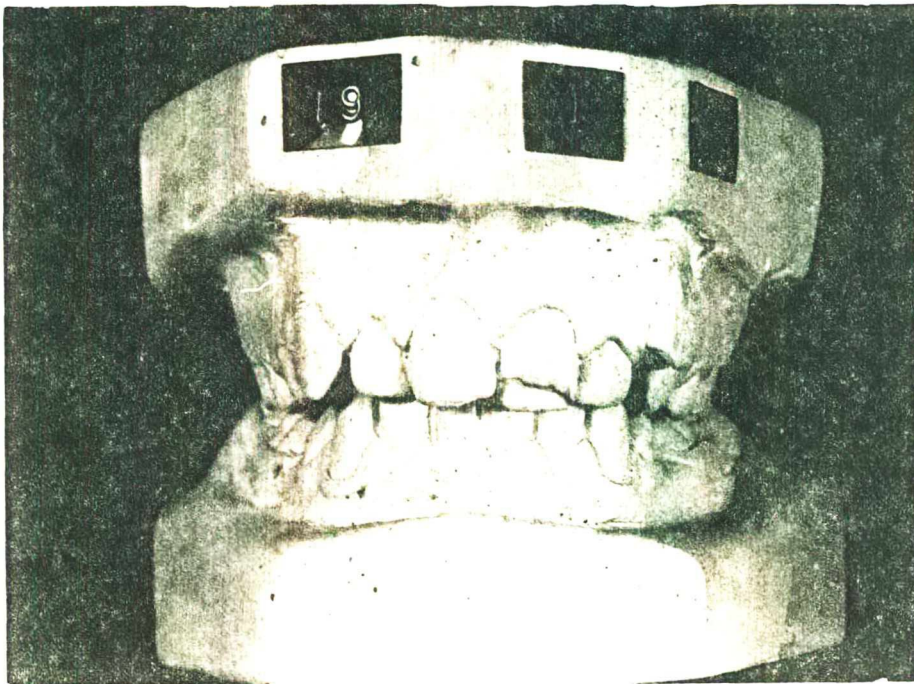


FIGURA 19 IA

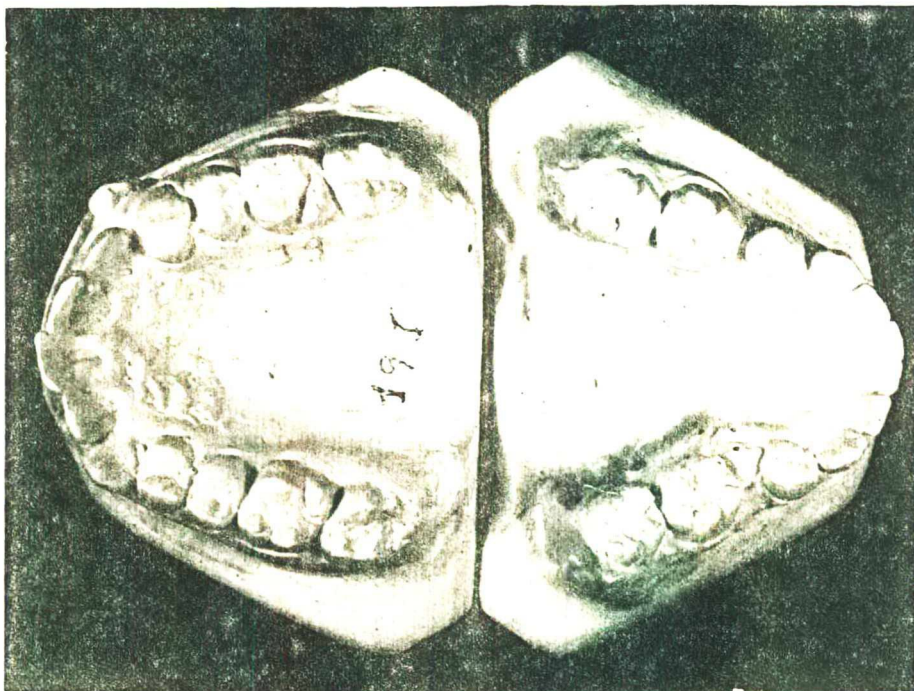


FIGURA 19 IB

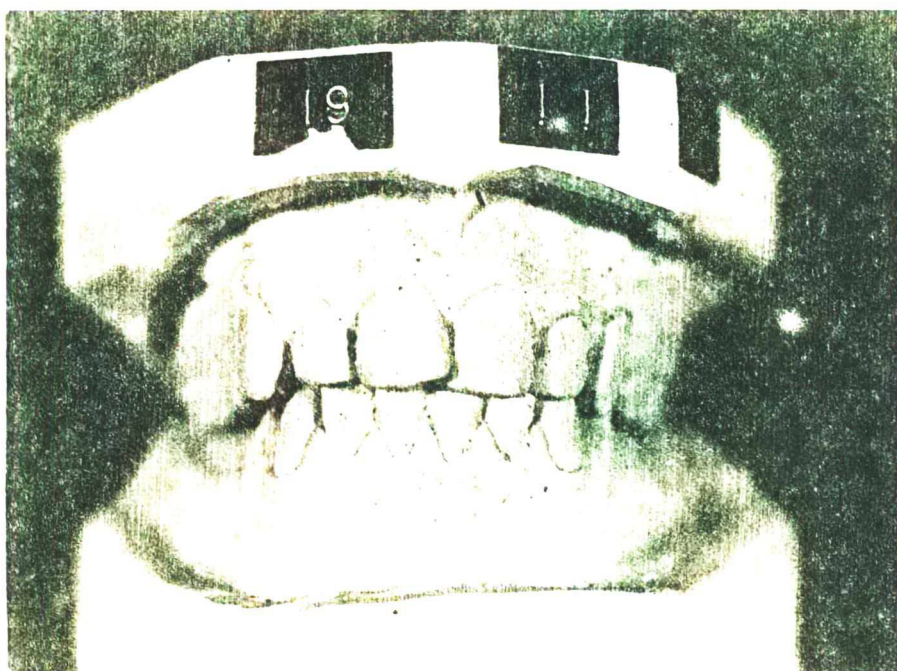


FIGURA 19 IIA

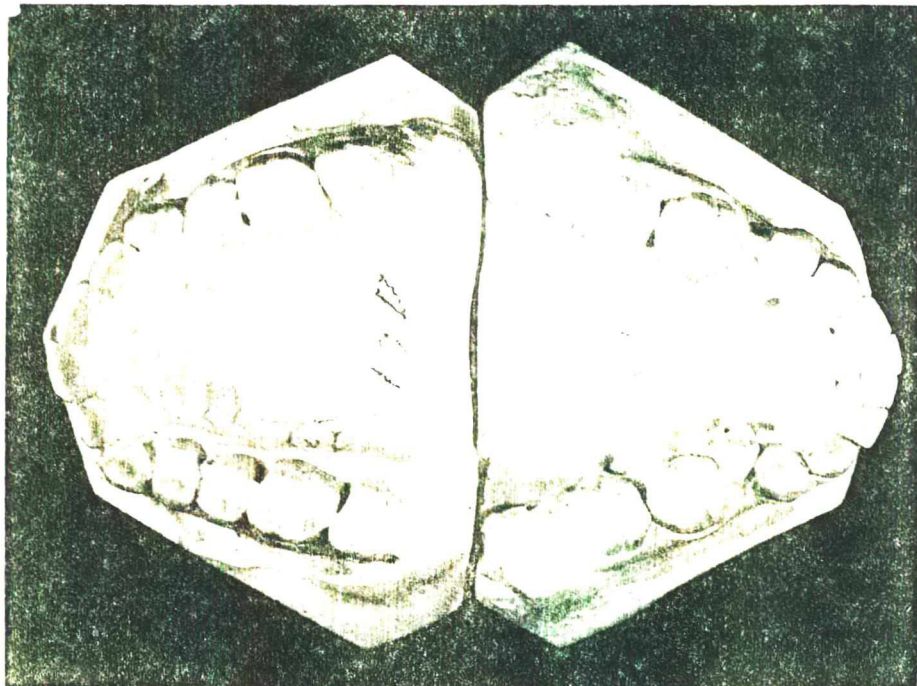


FIGURA 19 IIB

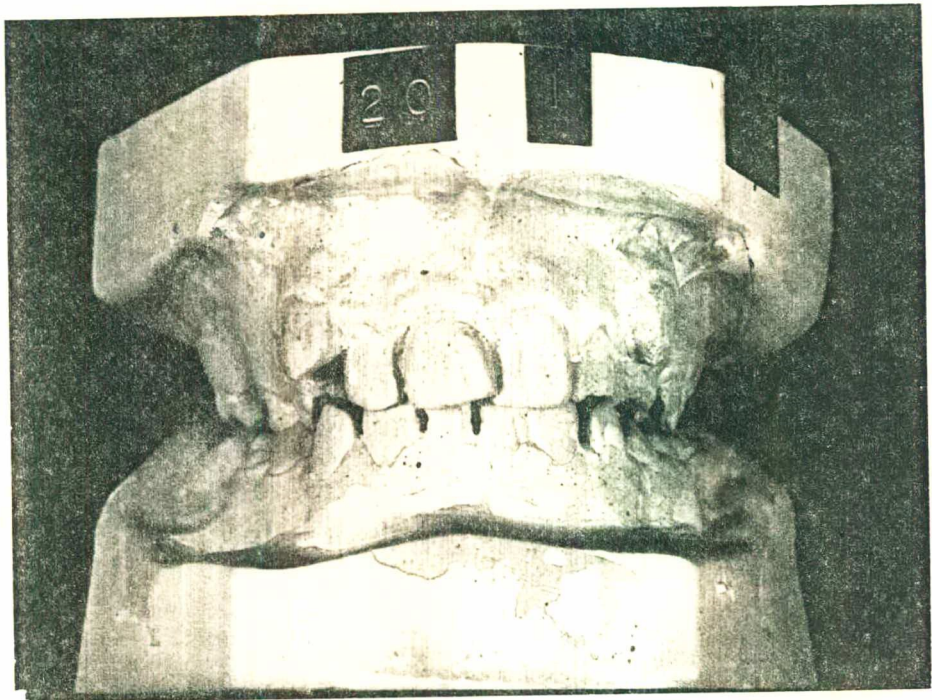


FIGURA 20 IA

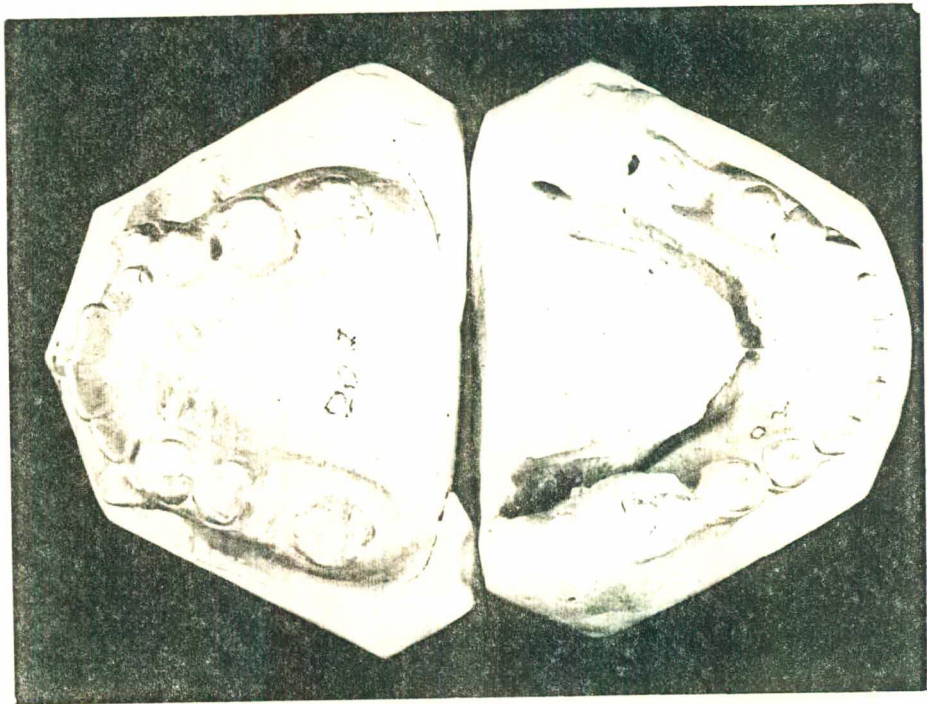


FIGURA 20 IB

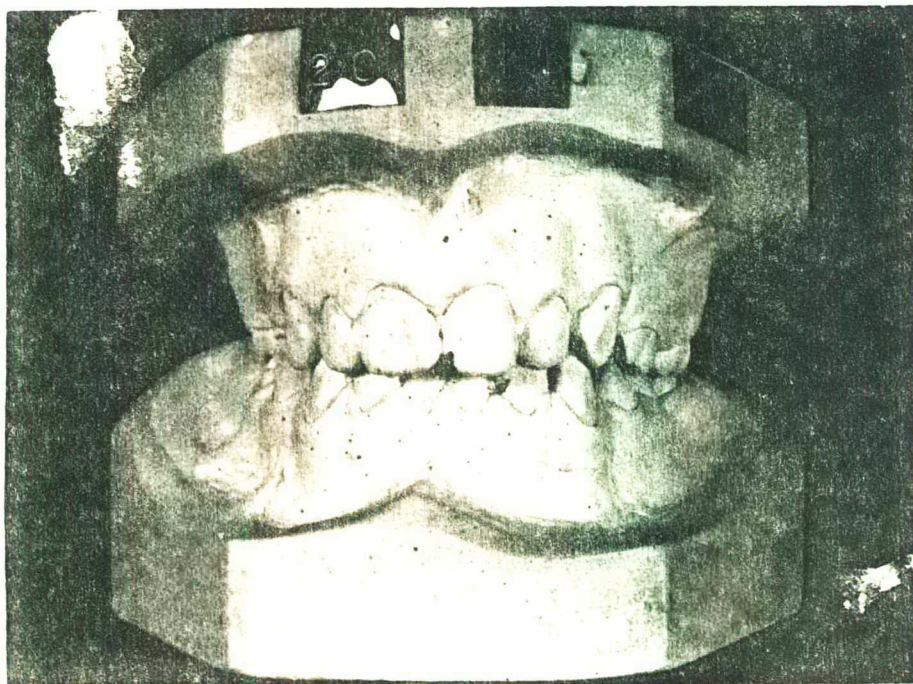


FIGURA 20 IIA

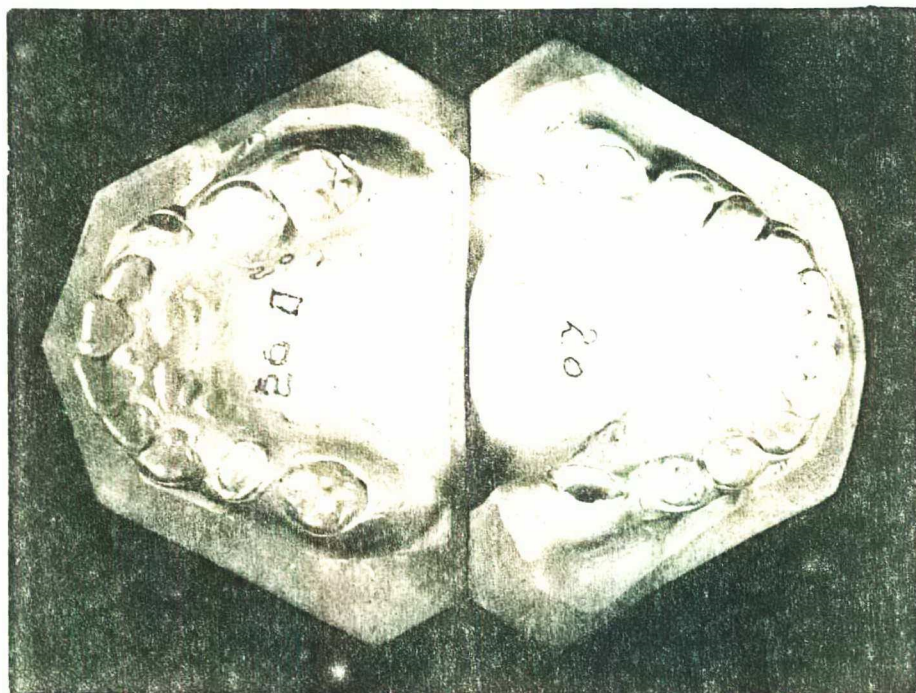


FIGURA 20 IIB

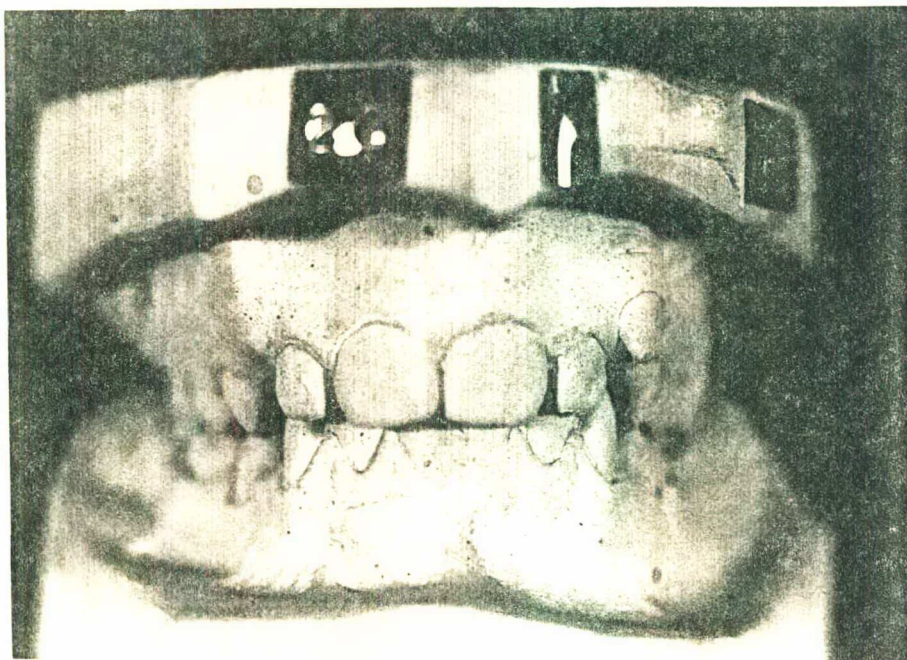


FIGURA 22 IA

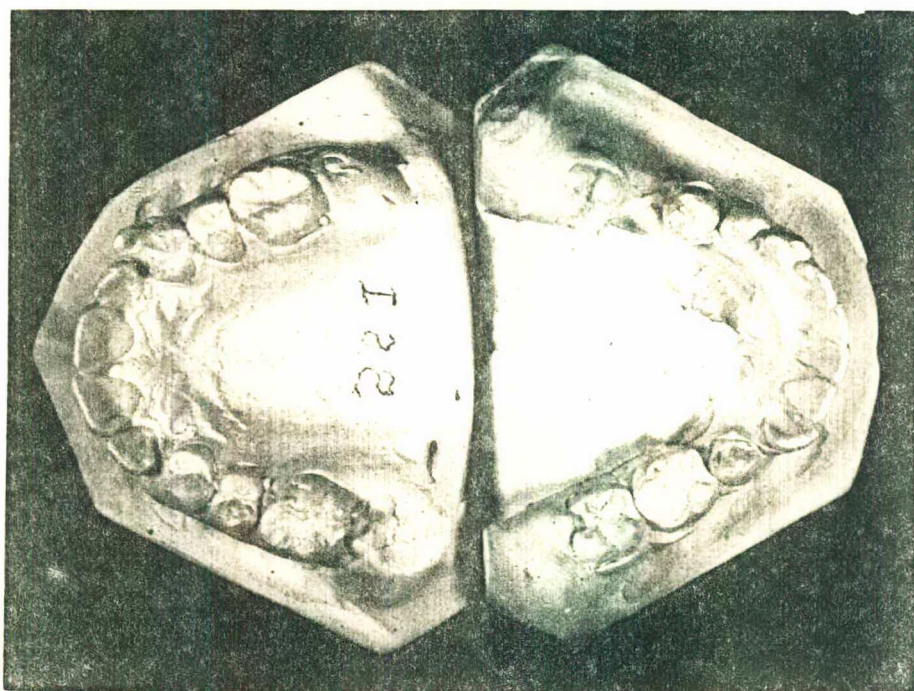


FIGURA 22 IB

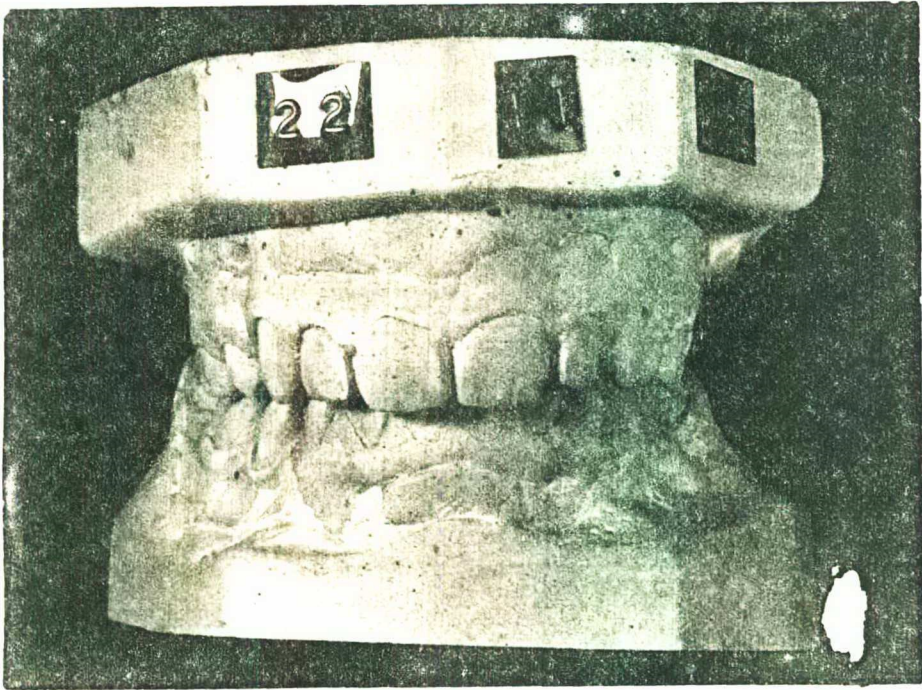


FIGURA 22 IIA

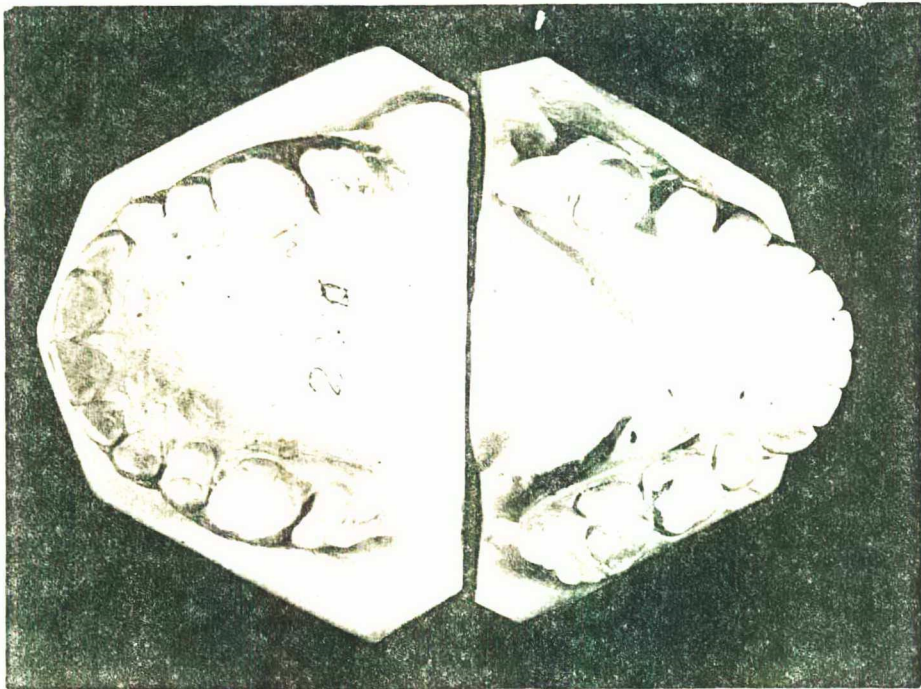


FIGURA 22 IIB

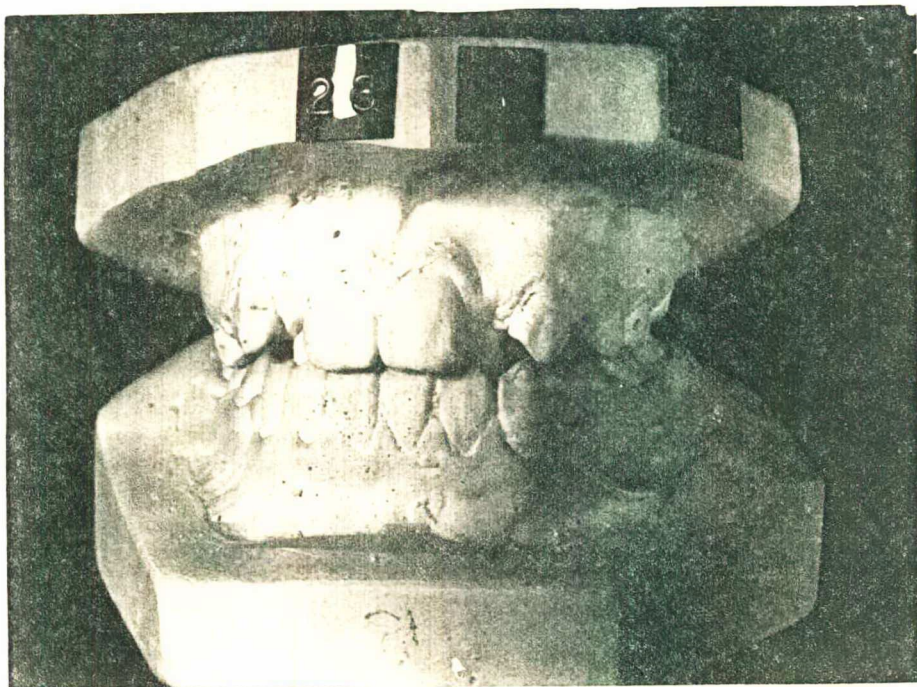


FIGURA 23 IB

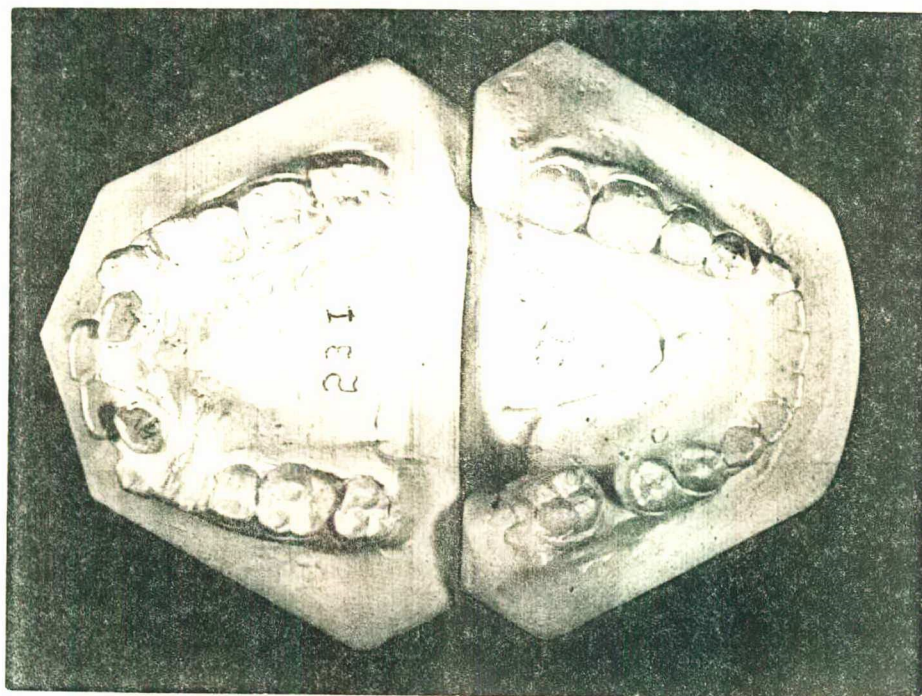


FIGURA 23 IB

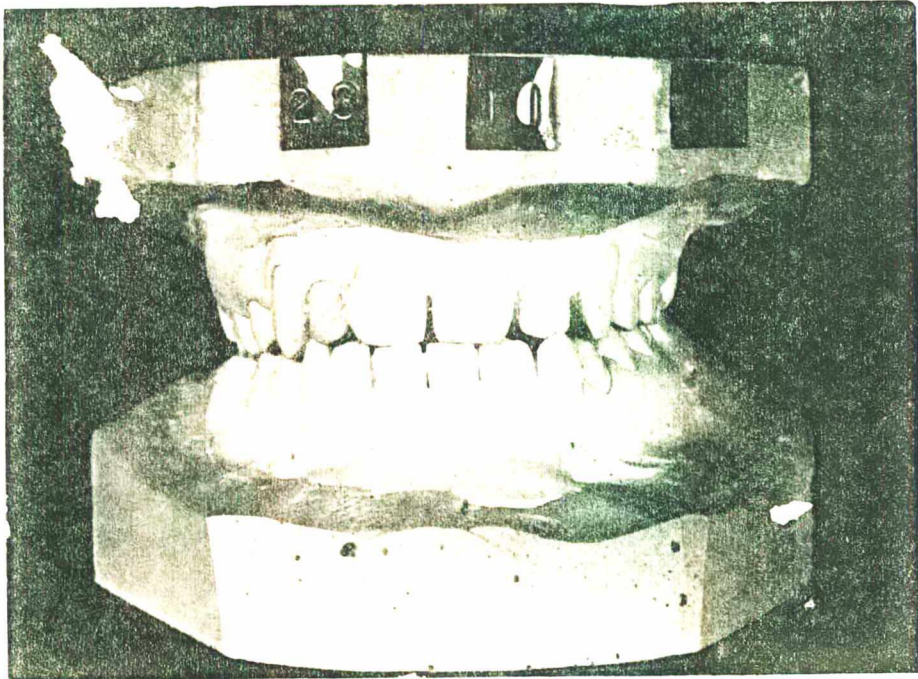


FIGURA 23 IIA

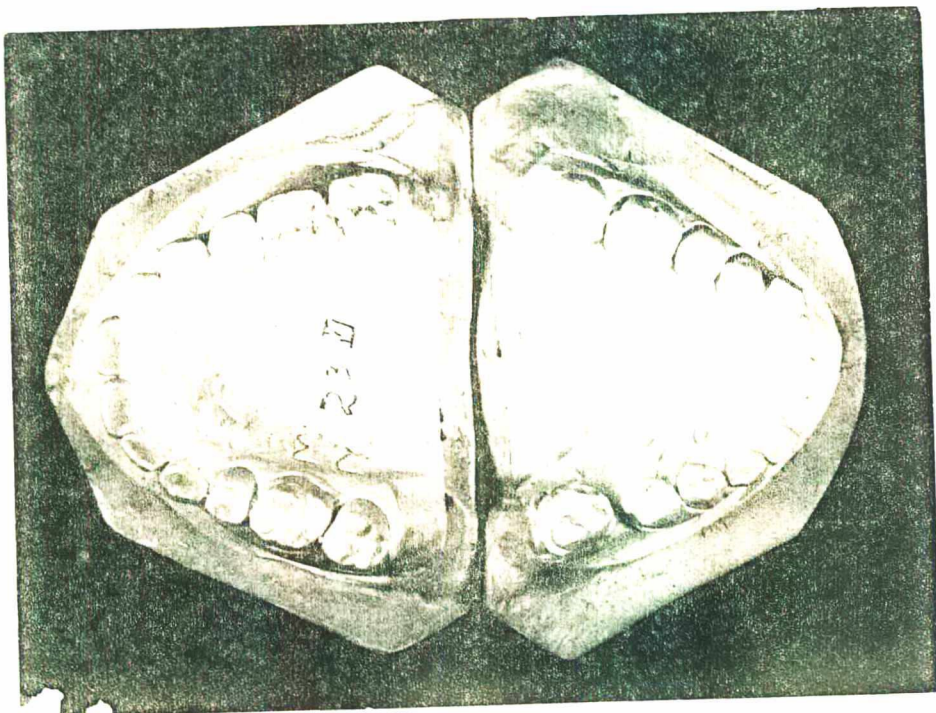


FIGURA 23 IIB

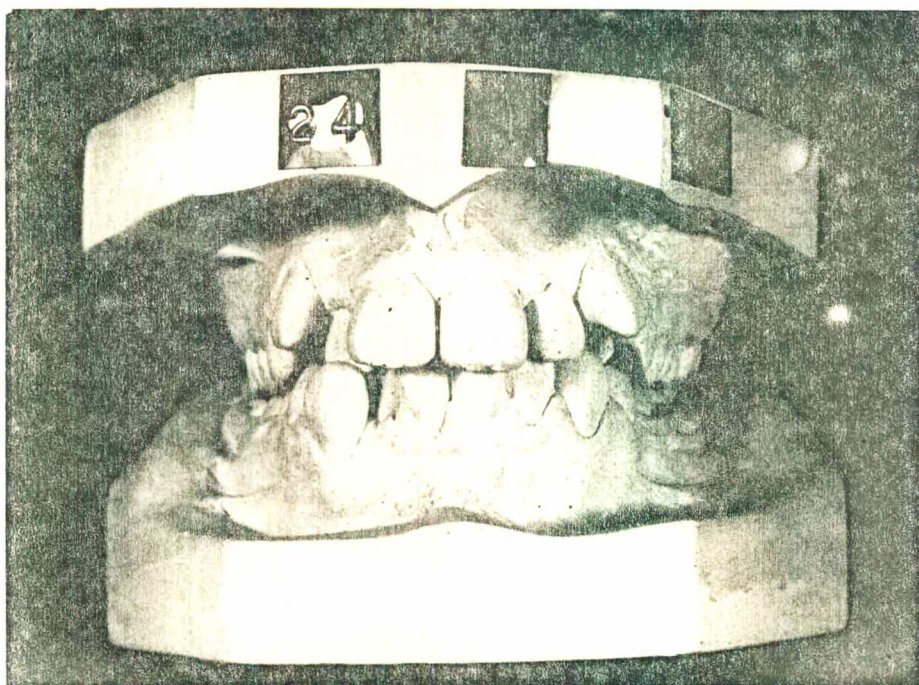


FIGURA 24 IA

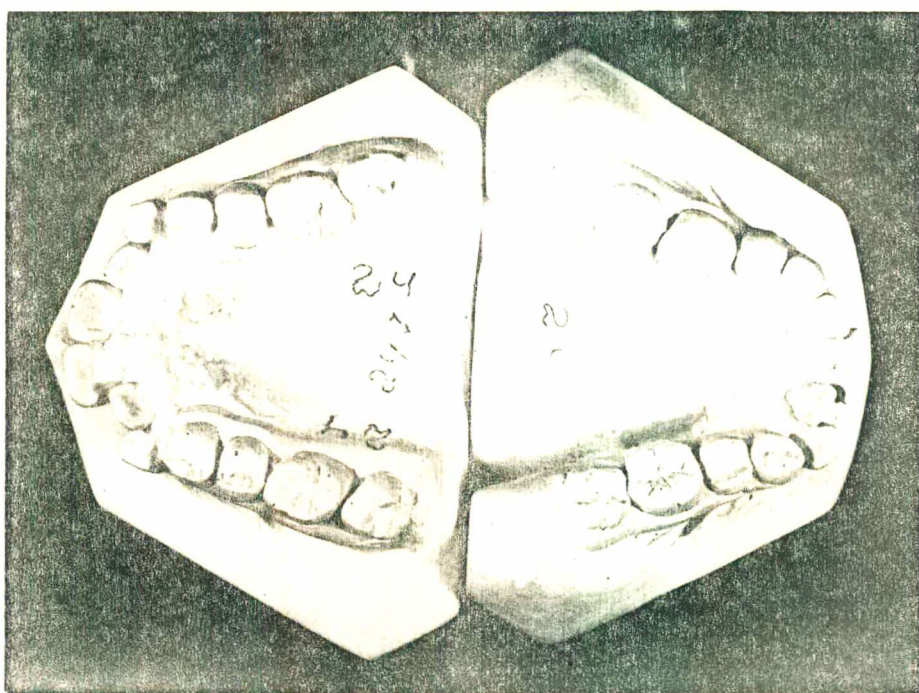


FIGURA 24 IB



FIGURA 24 IIA

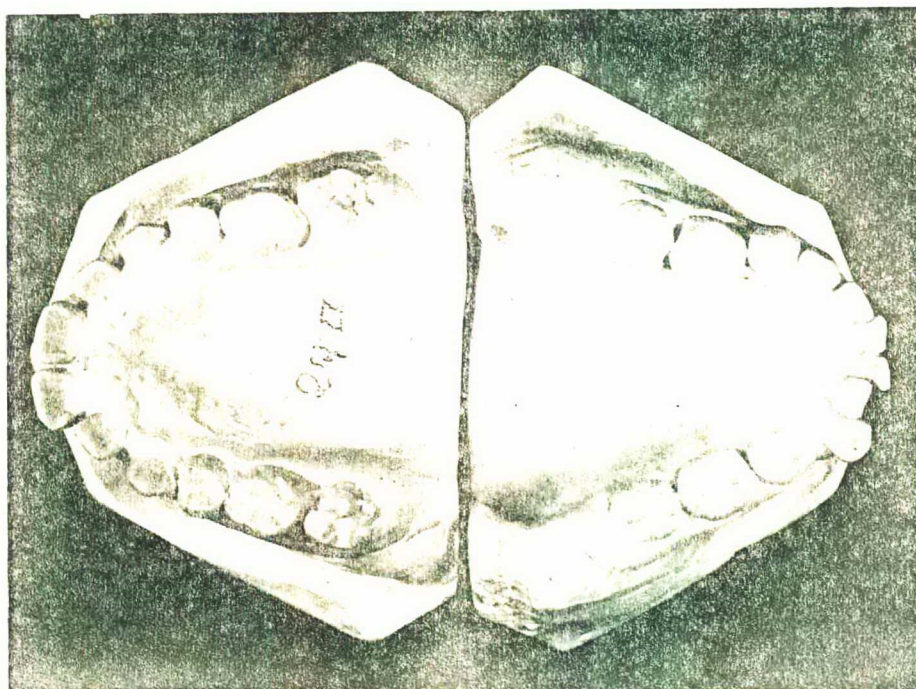


FIGURA 24 IIB

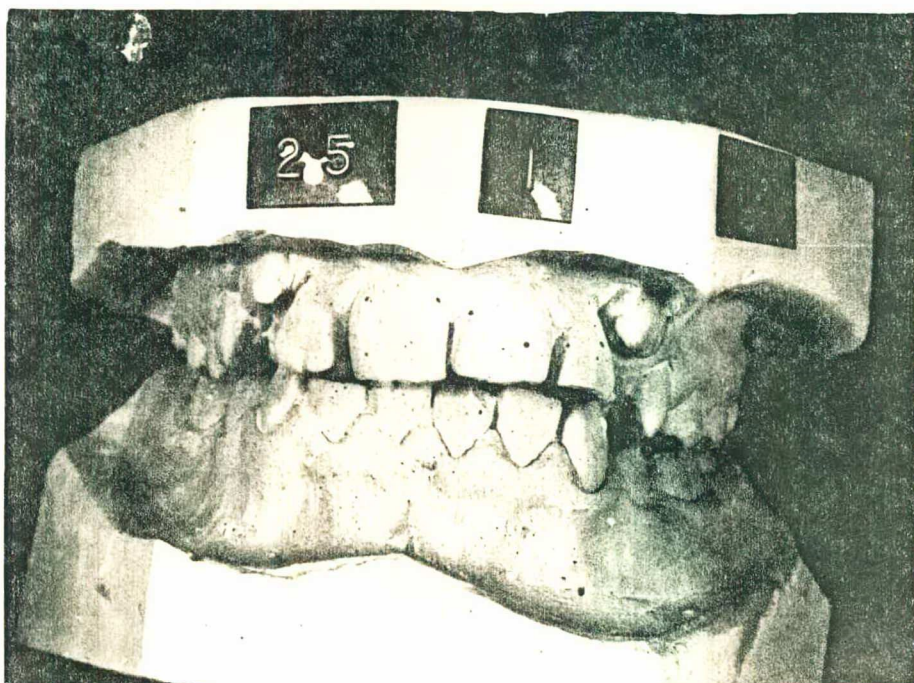


FIGURA 25 IA

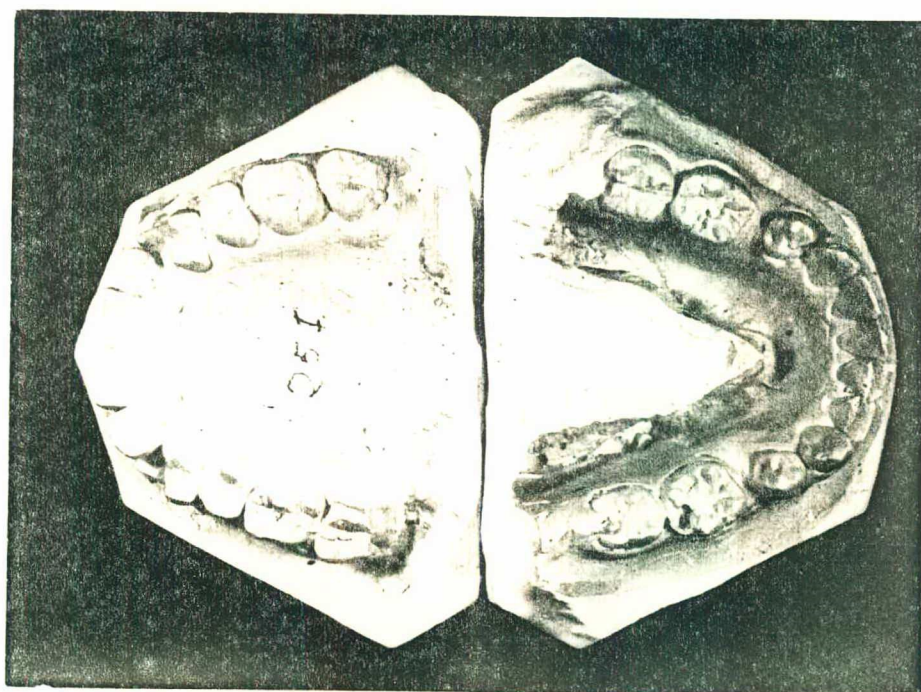


FIGURA 25 IB

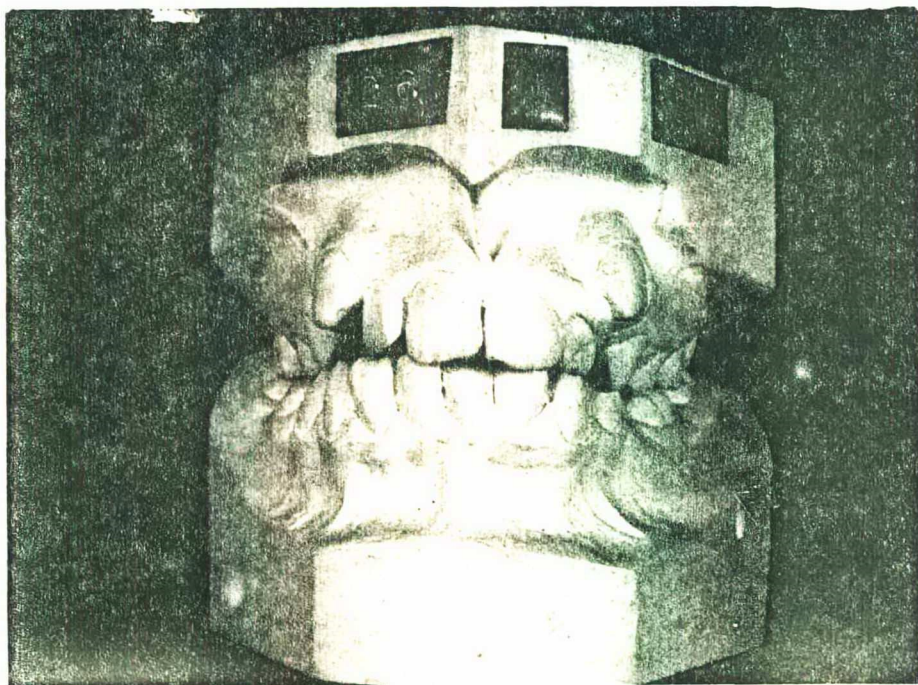


FIGURA 26 IA

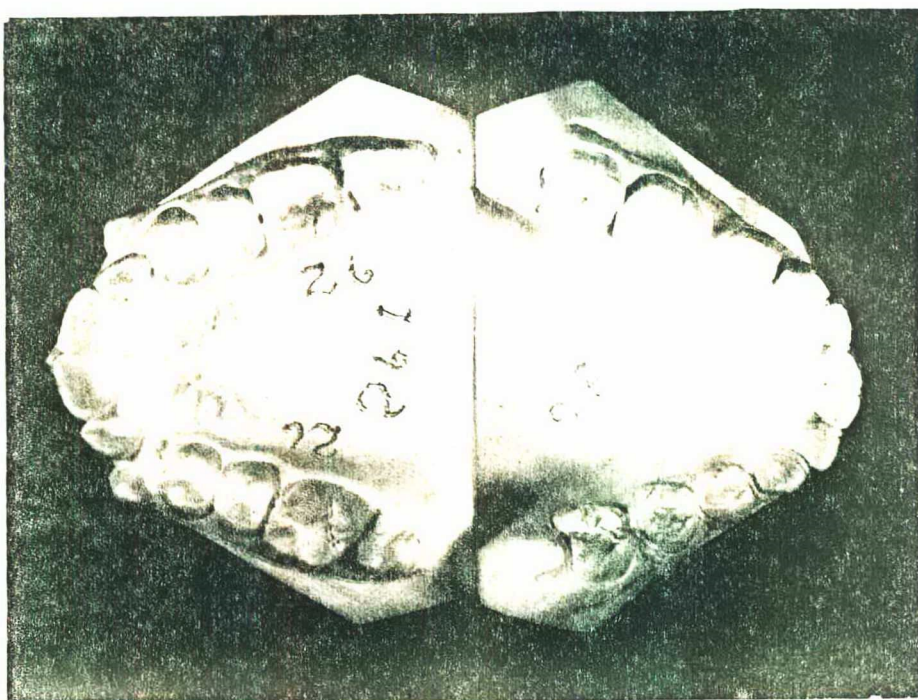


FIGURA 26 IB

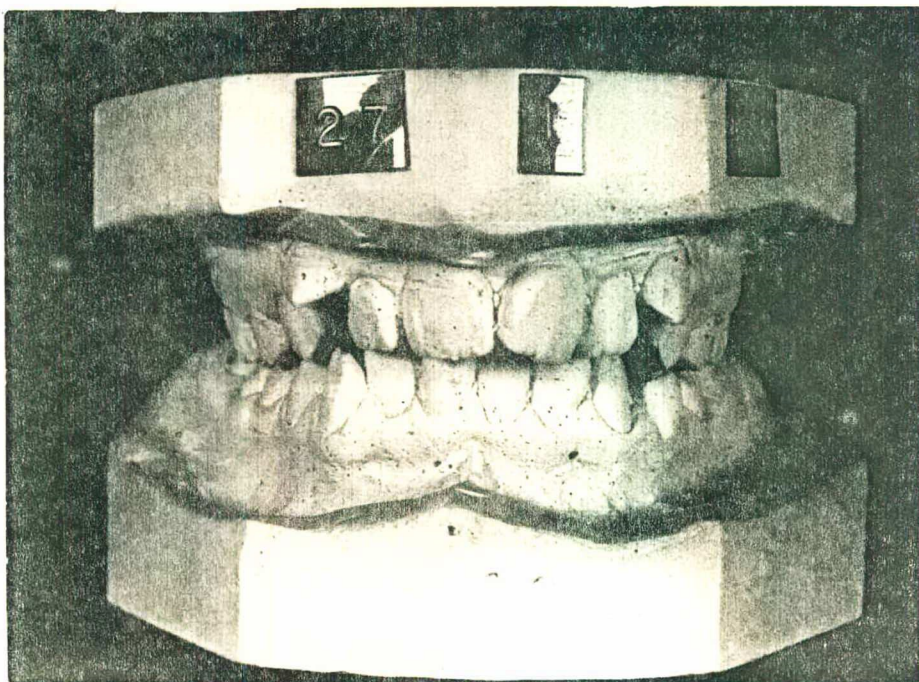


FIGURA 27 IA

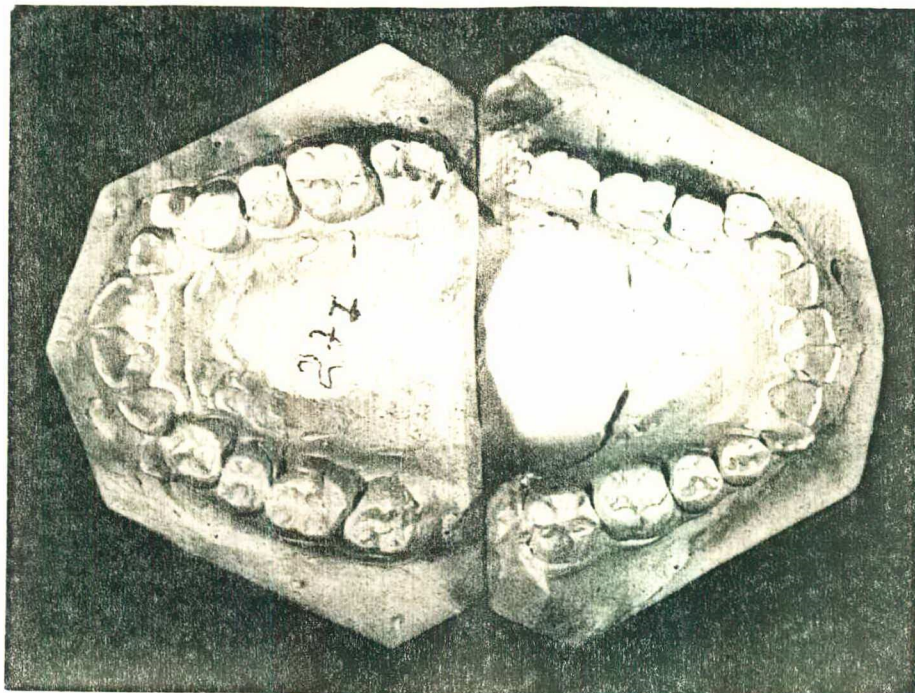


FIGURA 27 IB

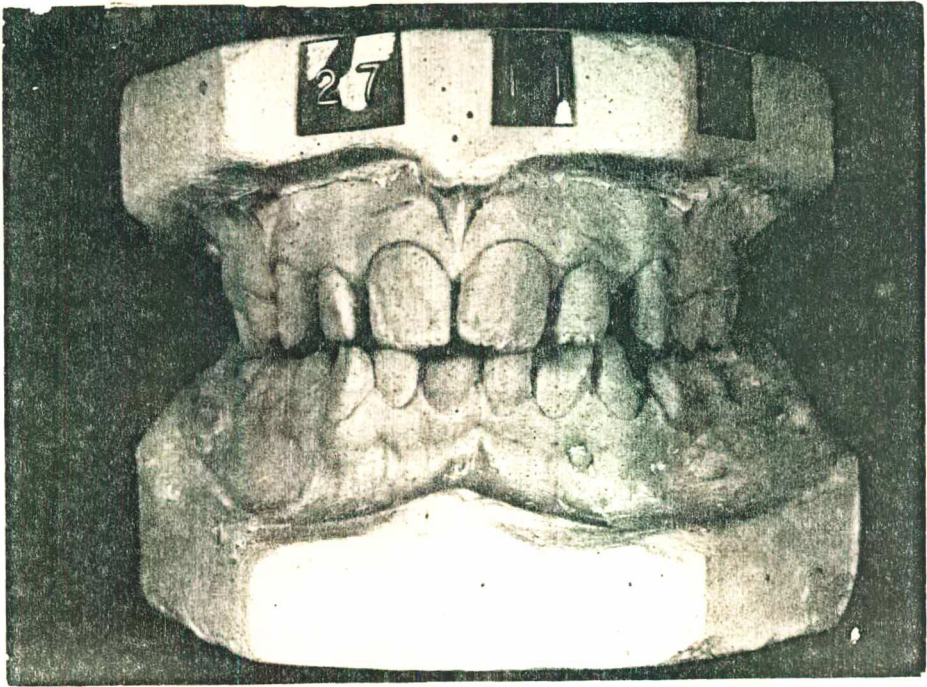


FIGURA 27 IIA

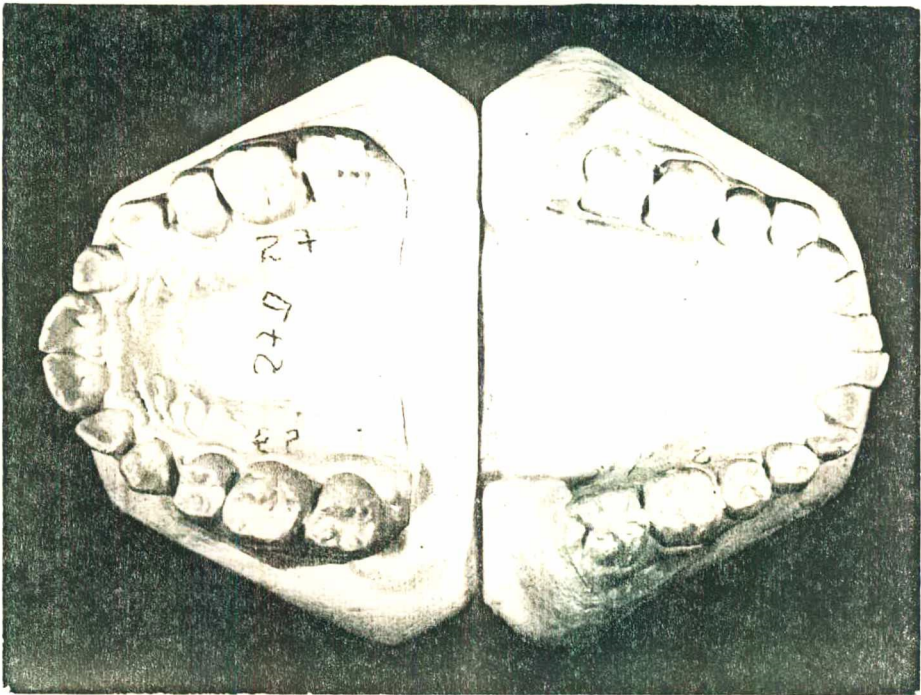


FIGURA 27 IIB

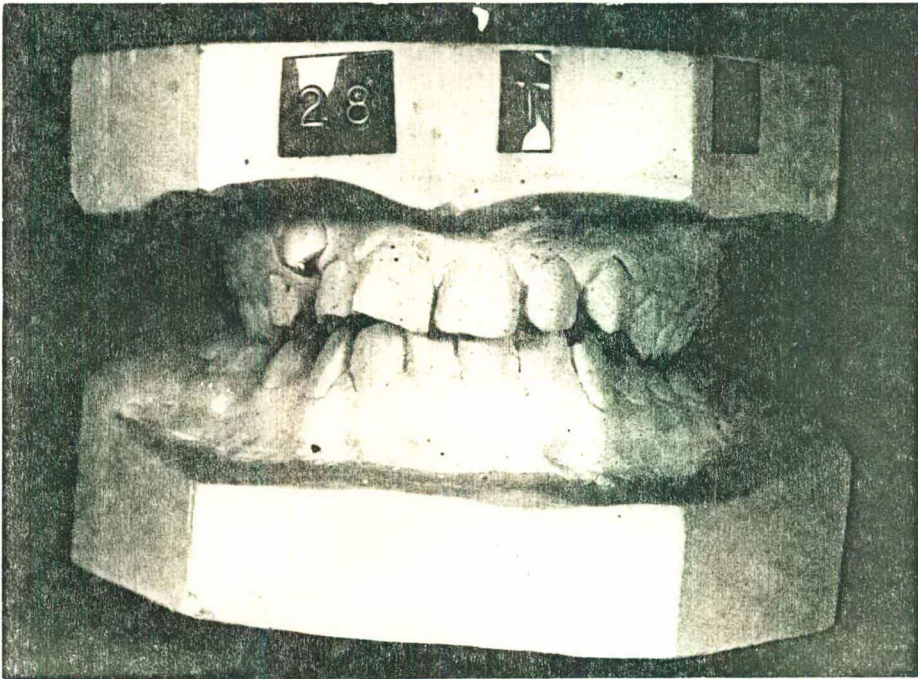


FIGURA 28 IA

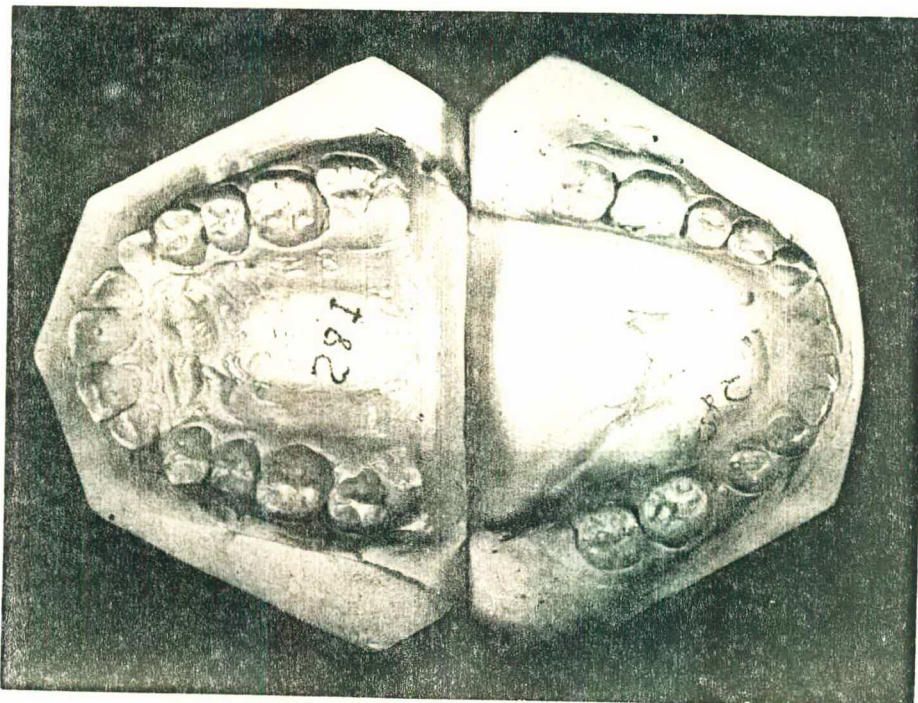


FIGURA 28 IB

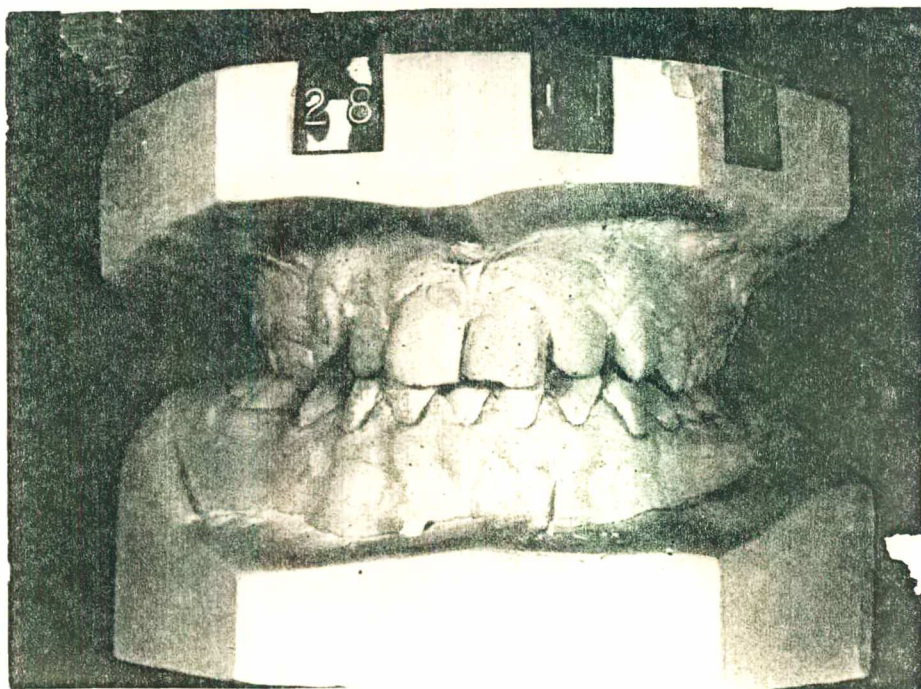


FIGURA 28 IIA



FIGURA 28 IIB

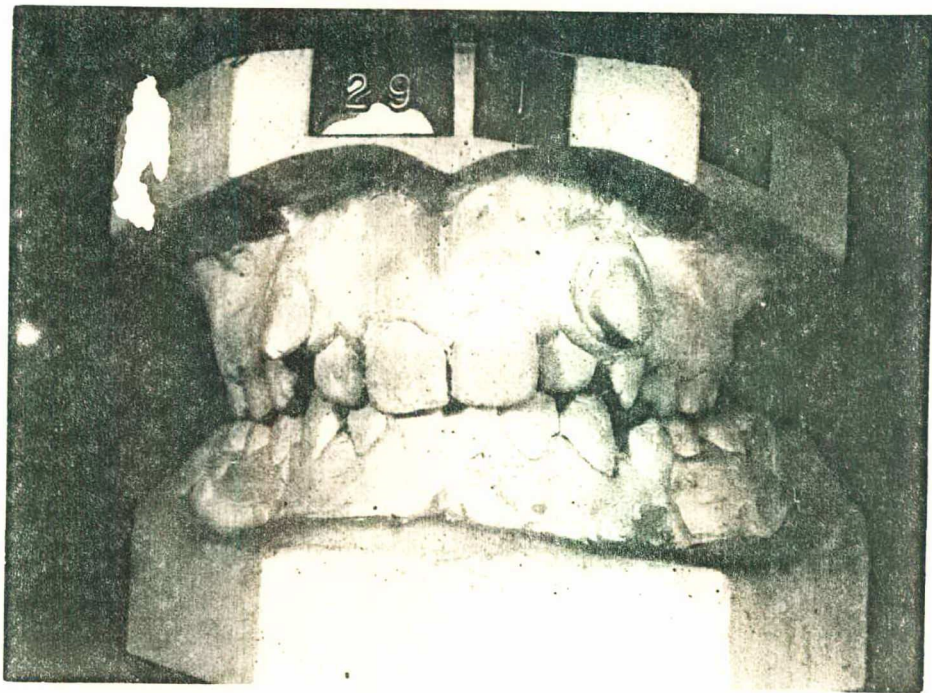


FIGURA 29 IA

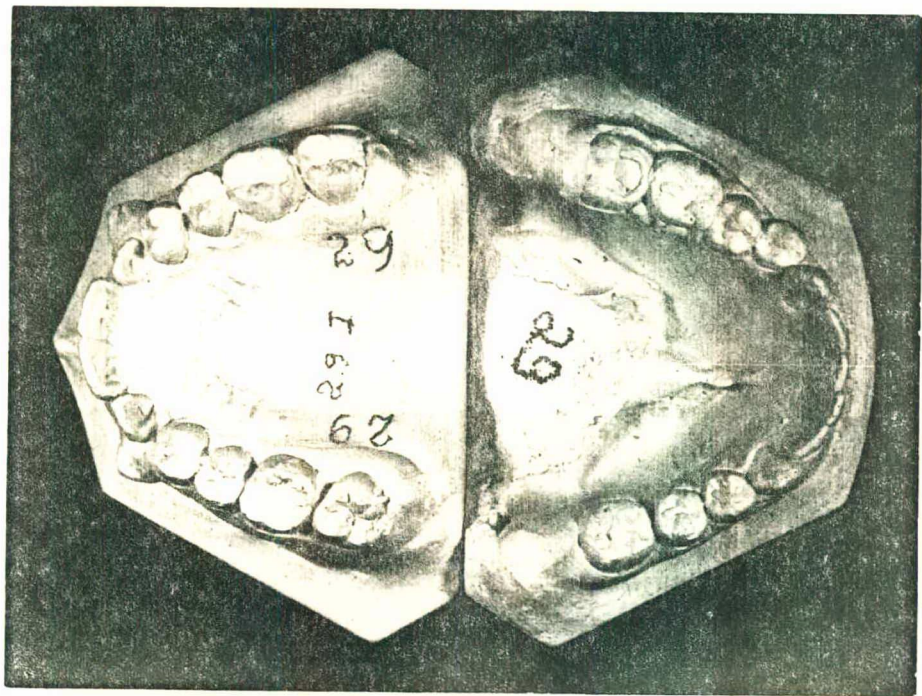


FIGURA 29 IB

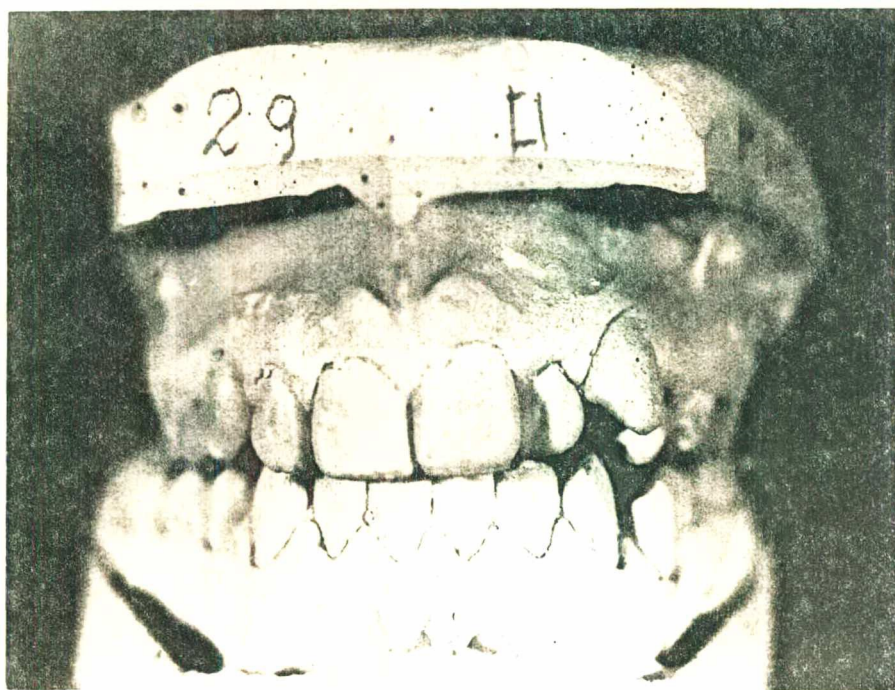


FIGURA 29 IIA

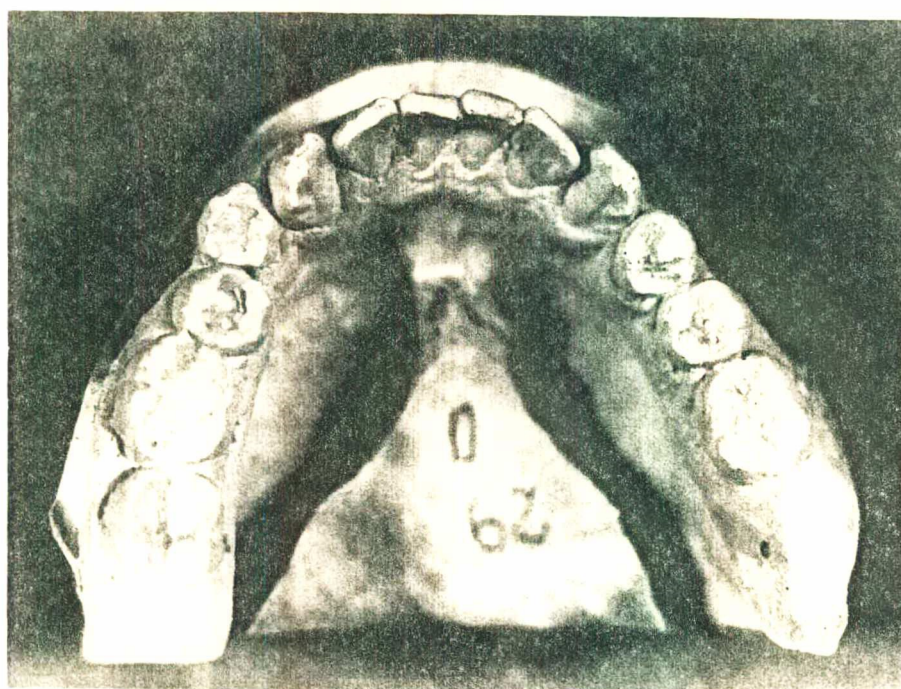


FIGURA 29 IIB

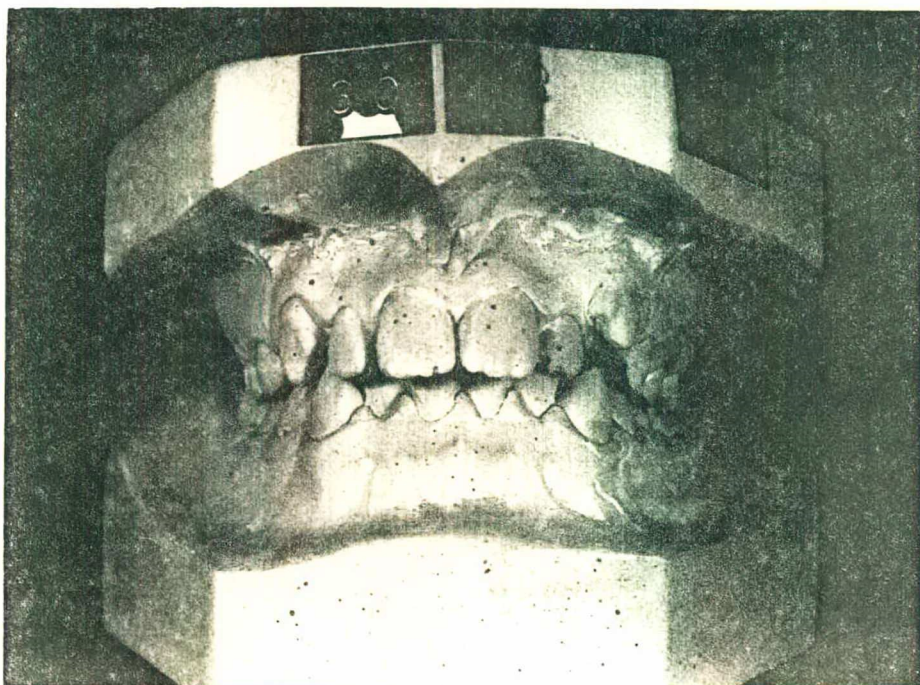


FIGURA 30 IA

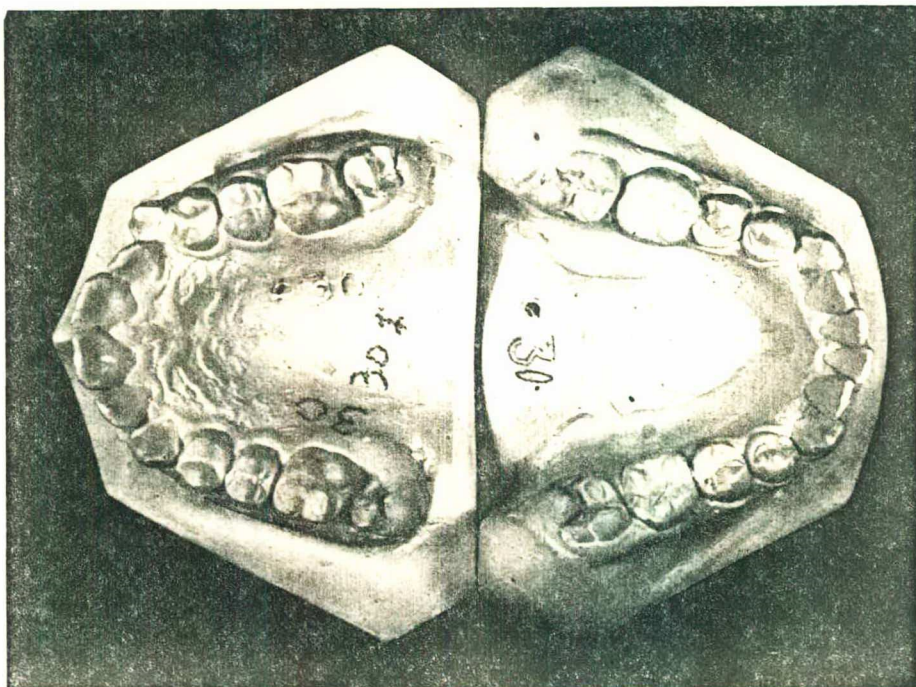


FIGURA 30 IB

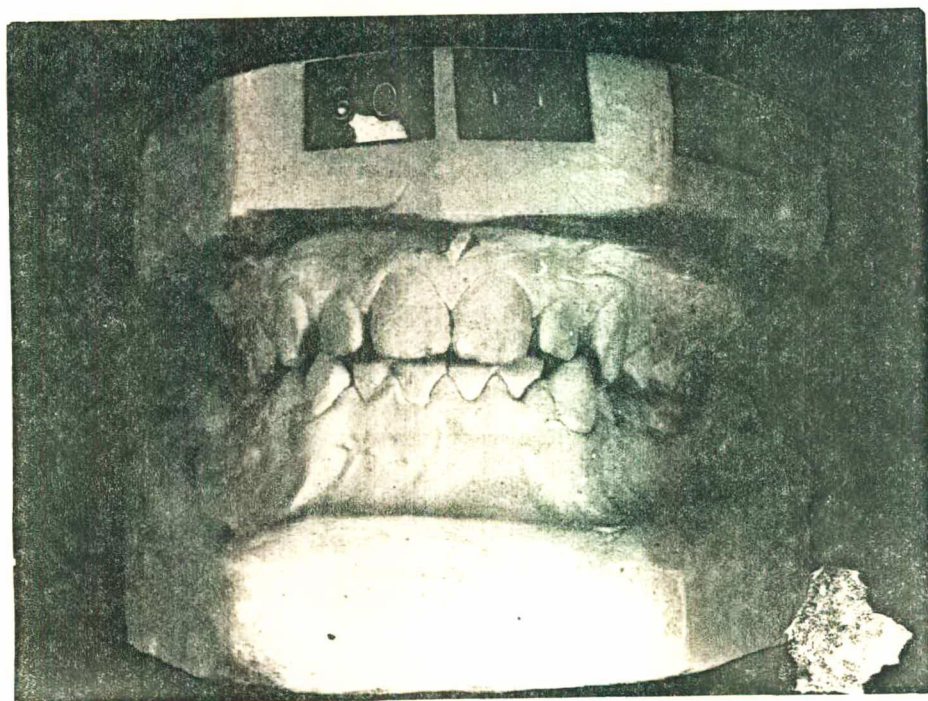


FIGURA 30 IIA

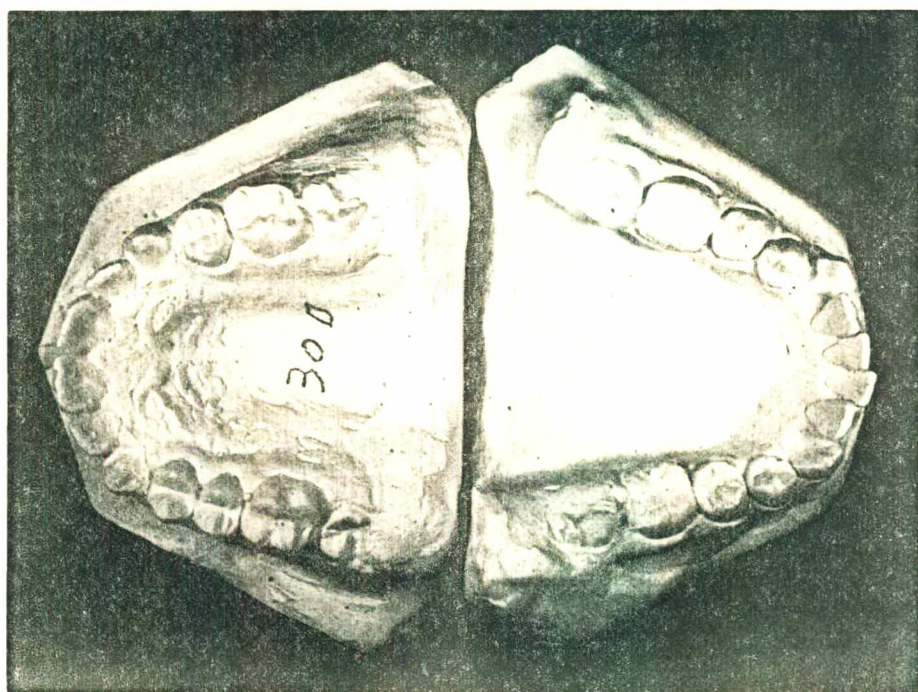


FIGURA 30 IIB

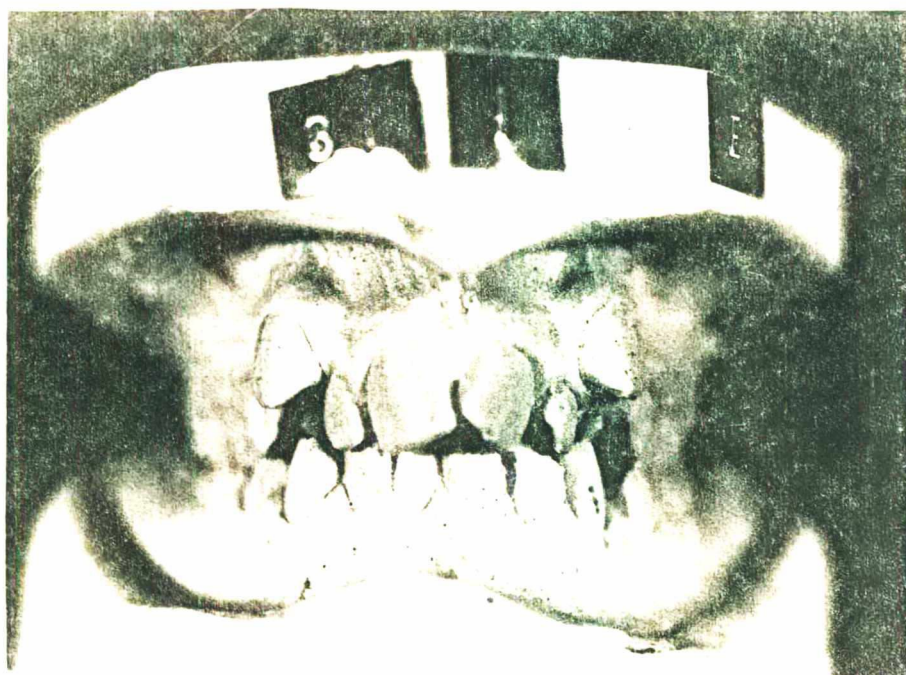


FIGURA 31 IA

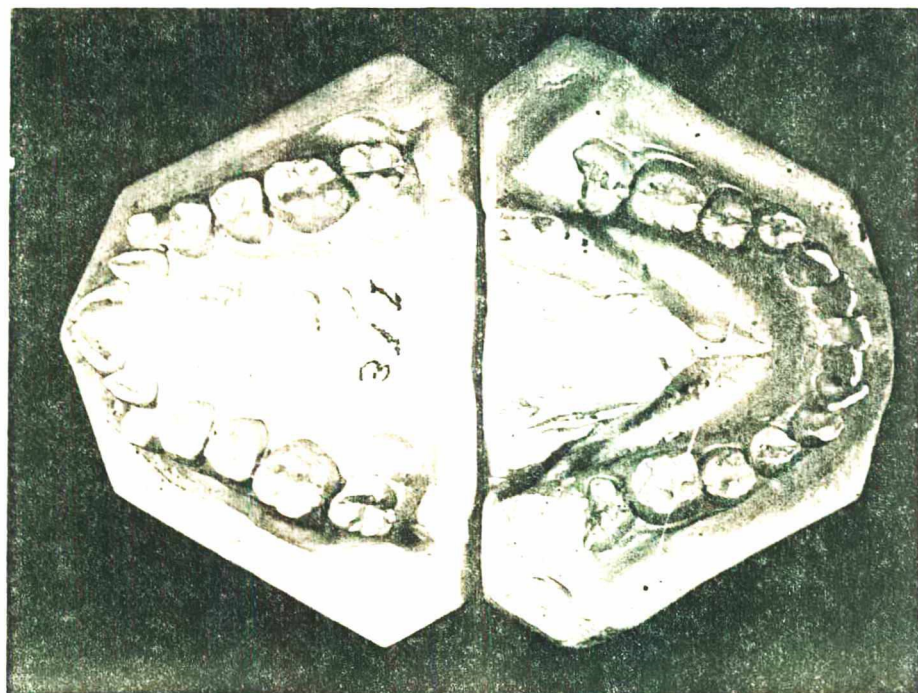


FIGURA 31 IB

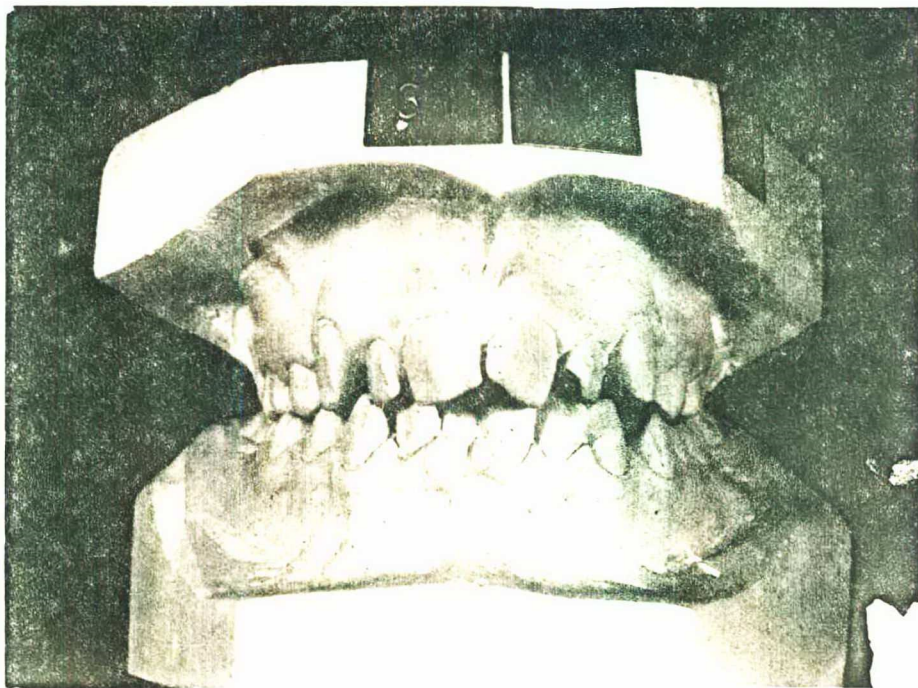


FIGURA 31 IIA

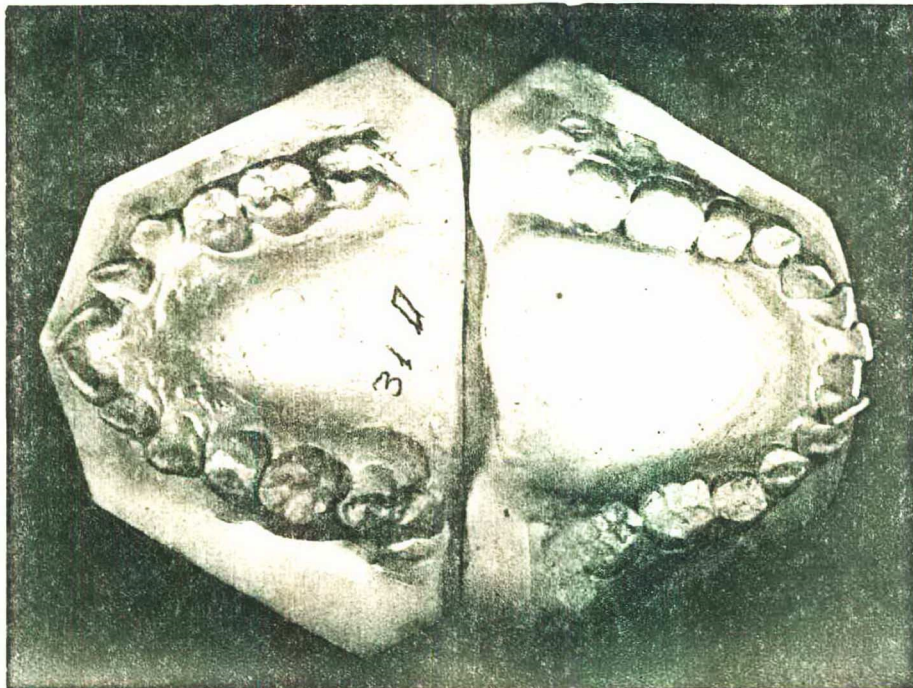


FIGURA 31 IIB

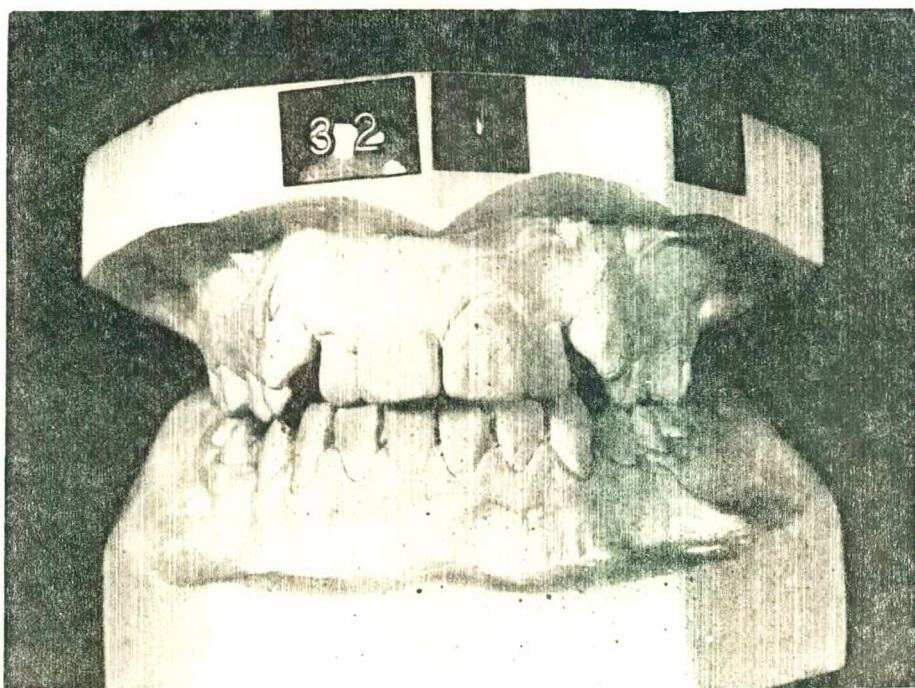


FIGURA 32 IA

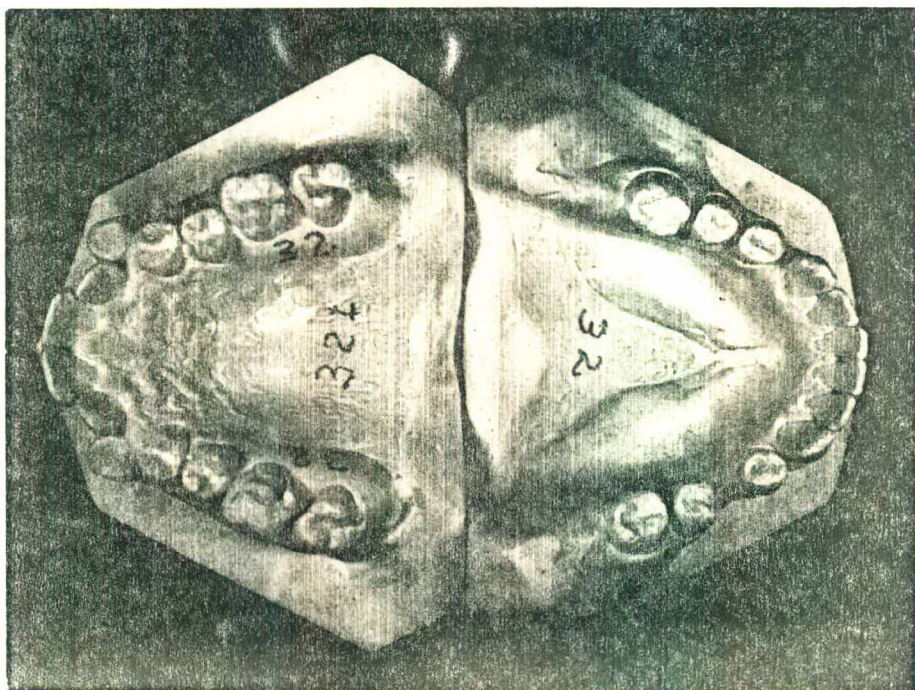


FIGURA 32 IB

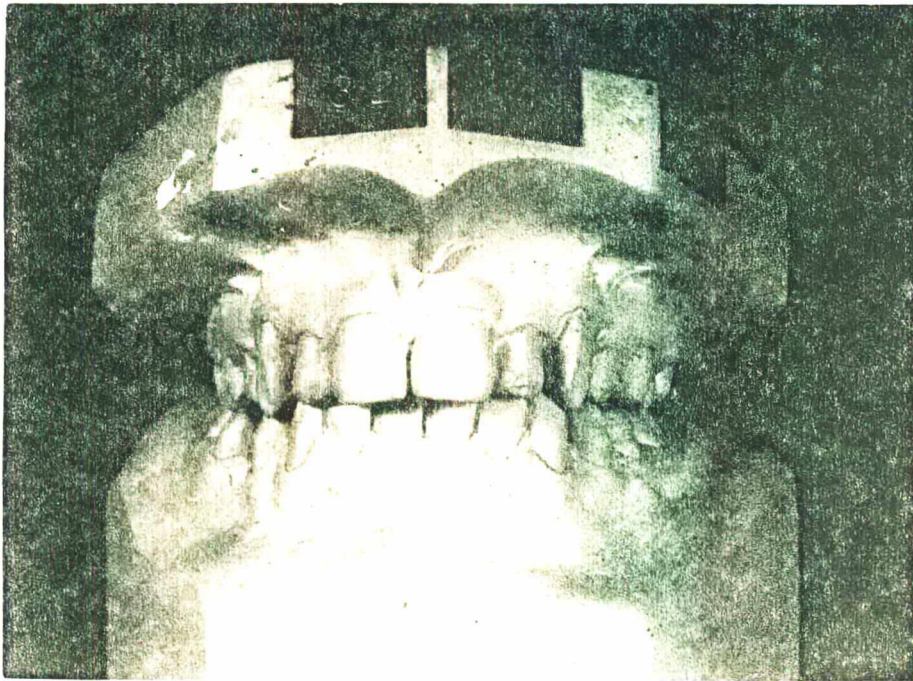


FIGURA 32 IIA

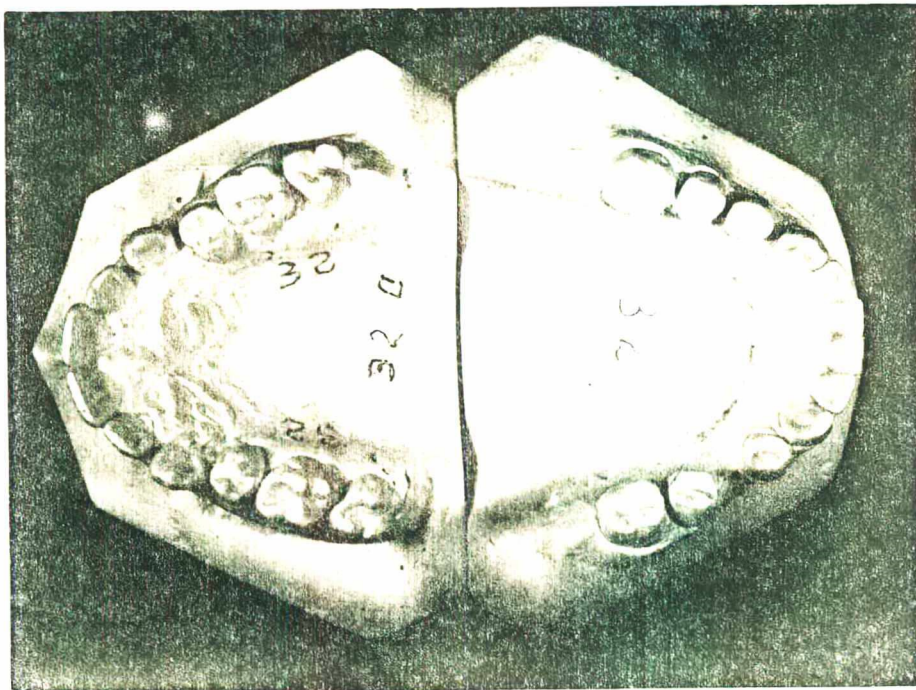


FIGURA 32 IIB

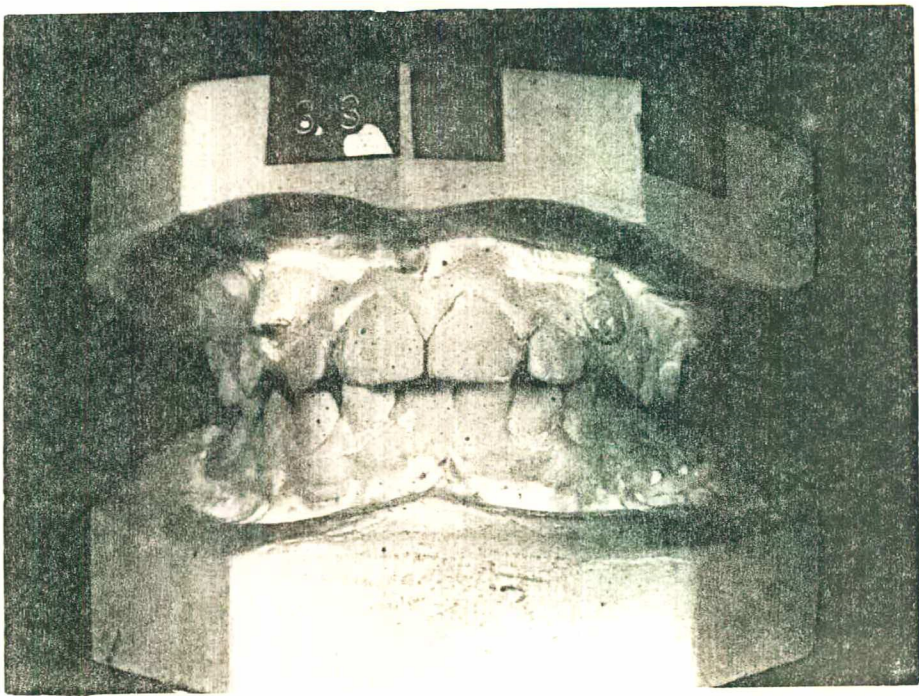


FIGURA 33 IA

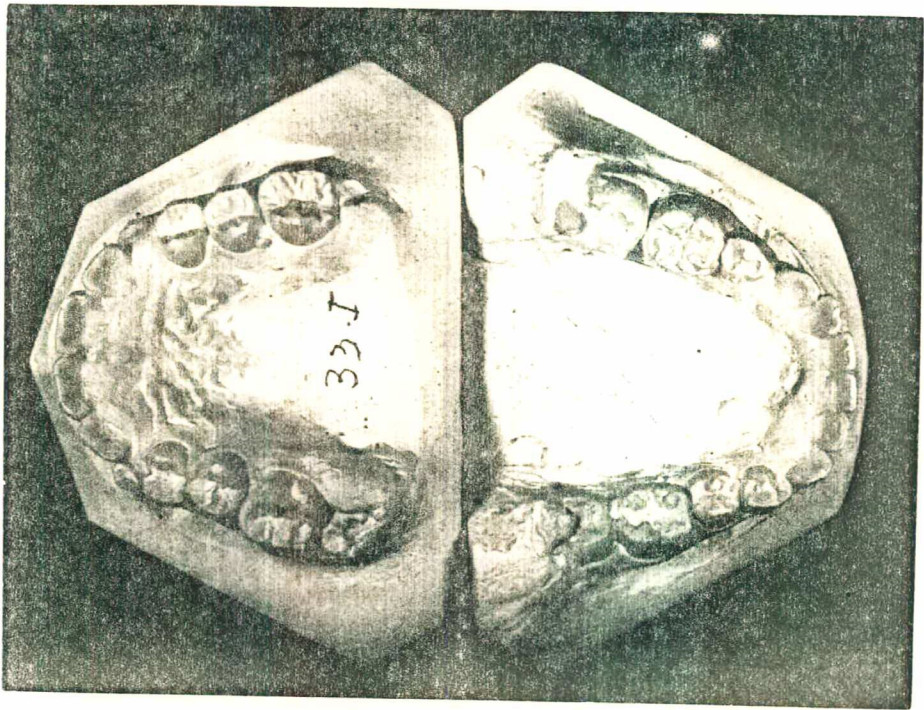


FIGURA 33 IB

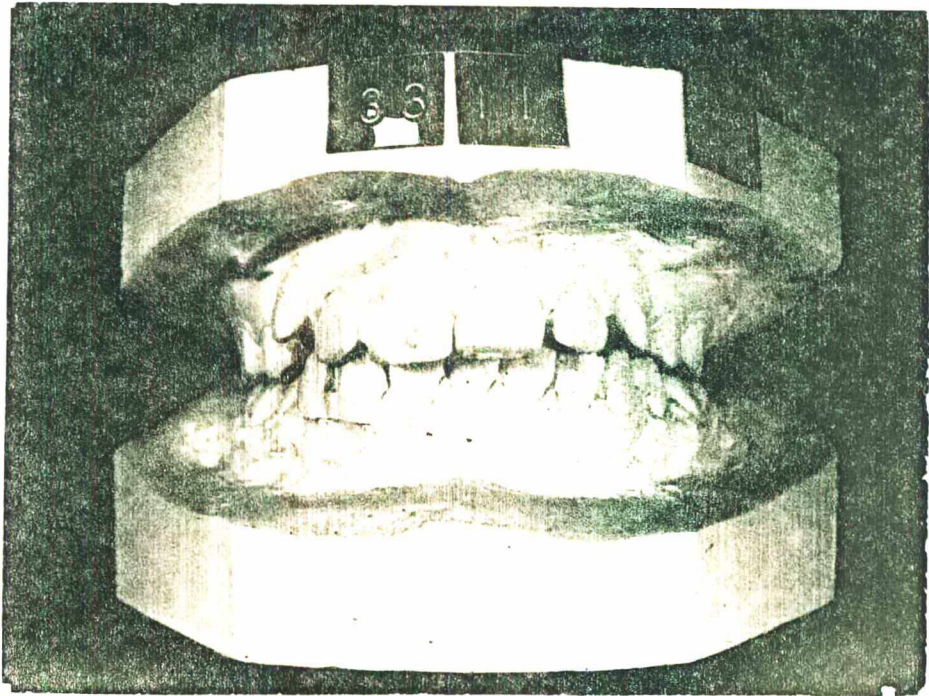


FIGURA 33 IIA

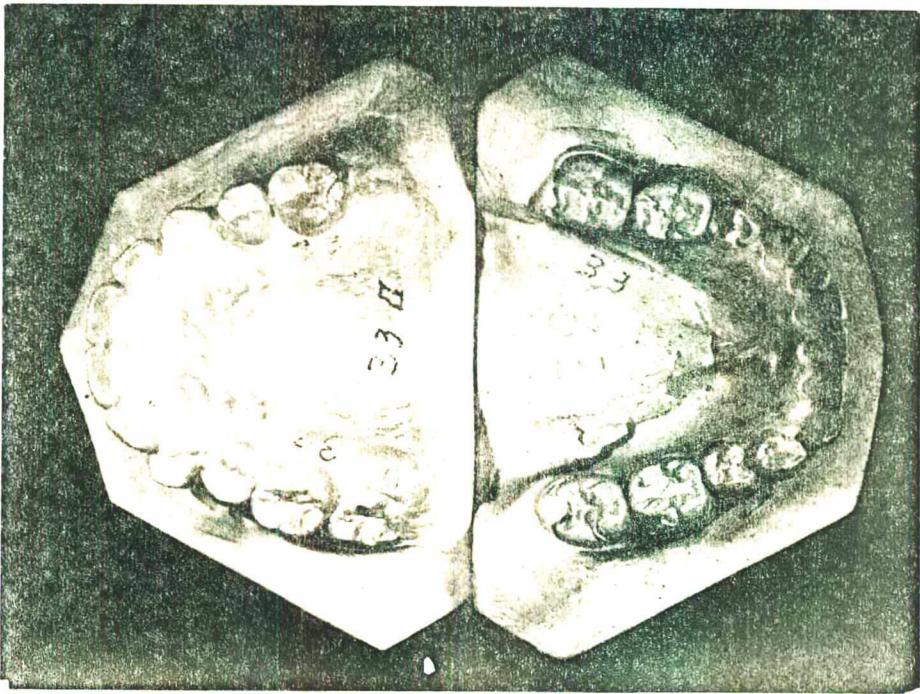


FIGURA 33 IIB

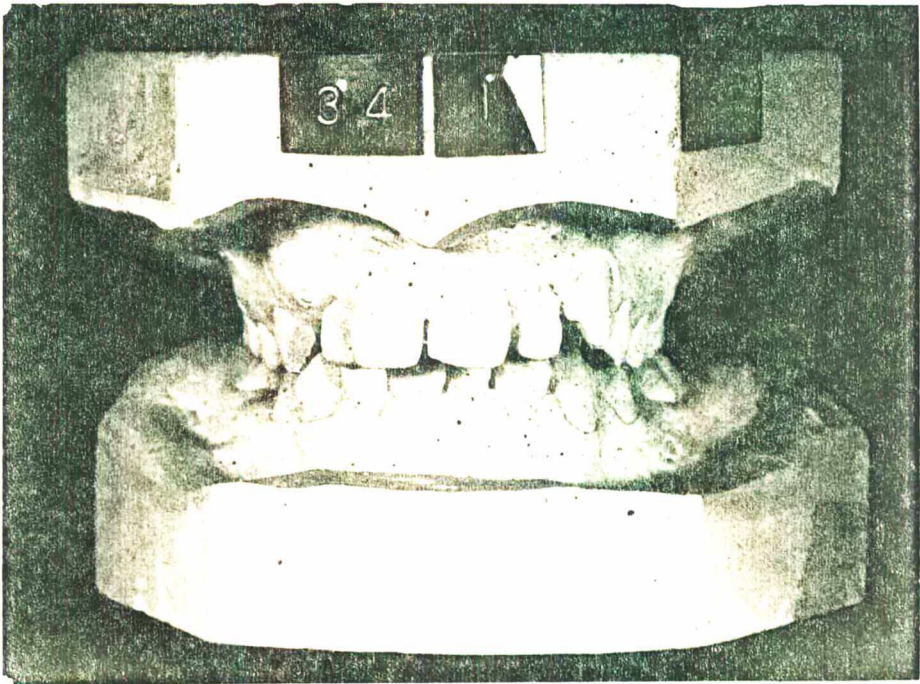


FIGURA 34 IA

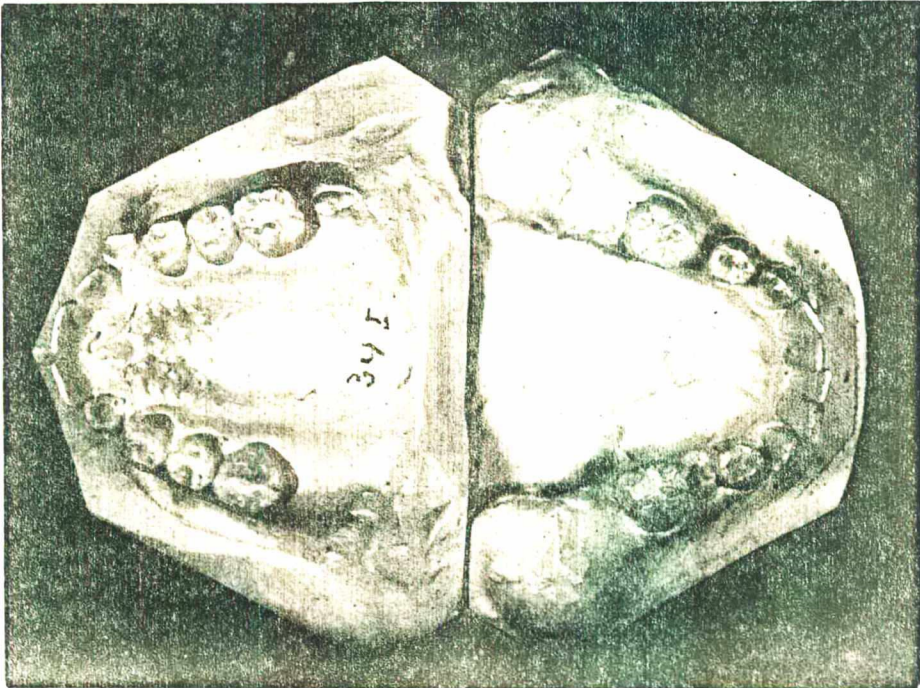


FIGURA 34 IB

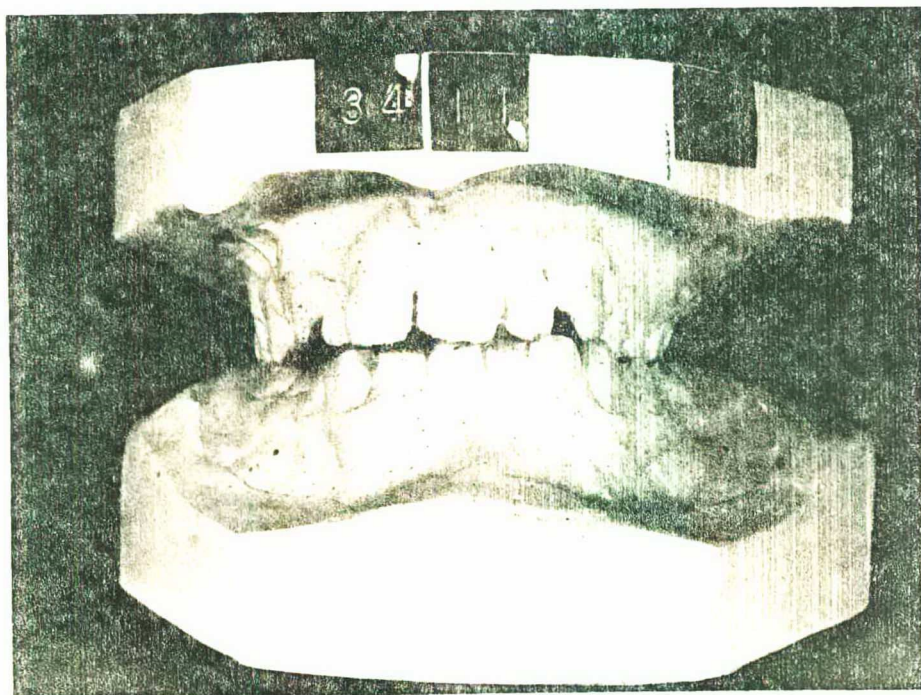


FIGURA 34 IIA

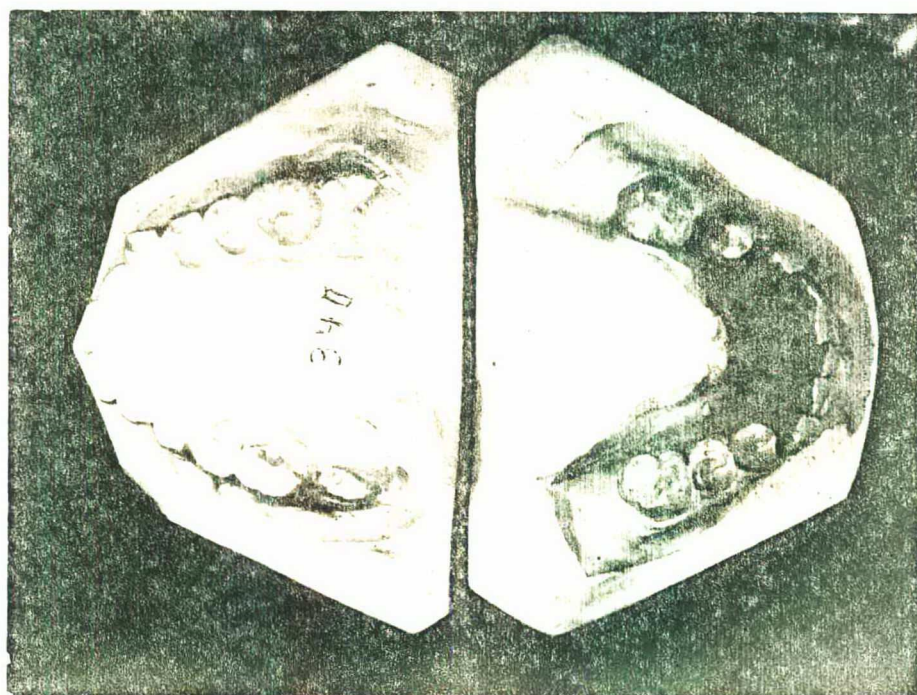


FIGURA 34 IIB

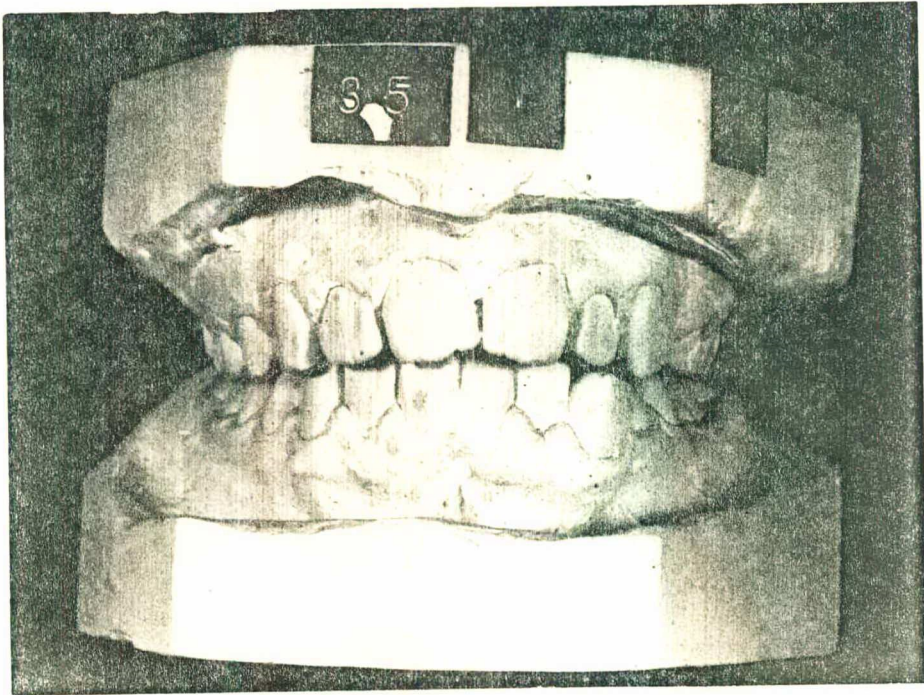


FIGURA 35 IA

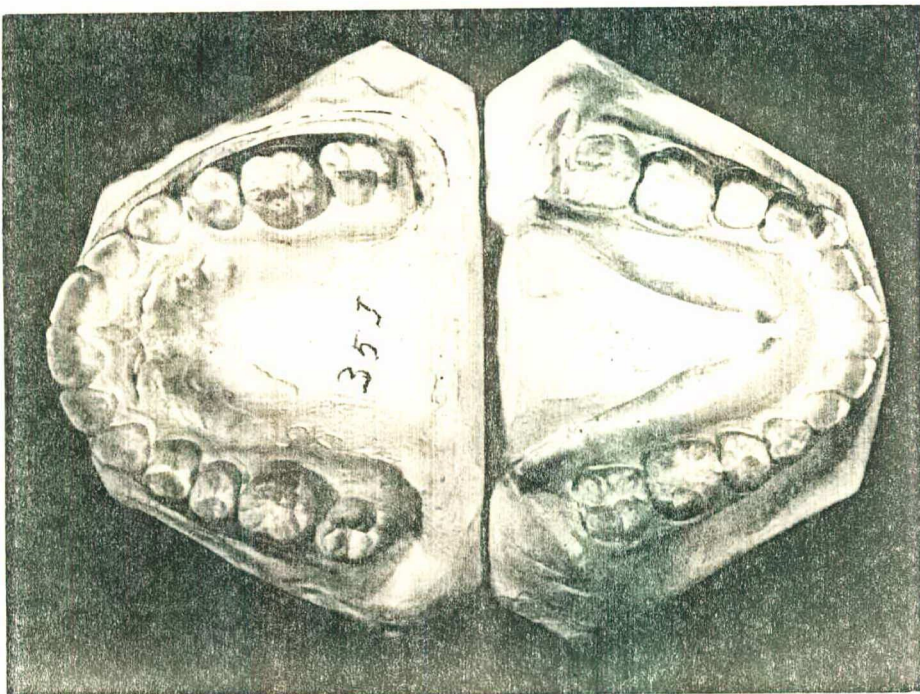


FIGURA 35 IB

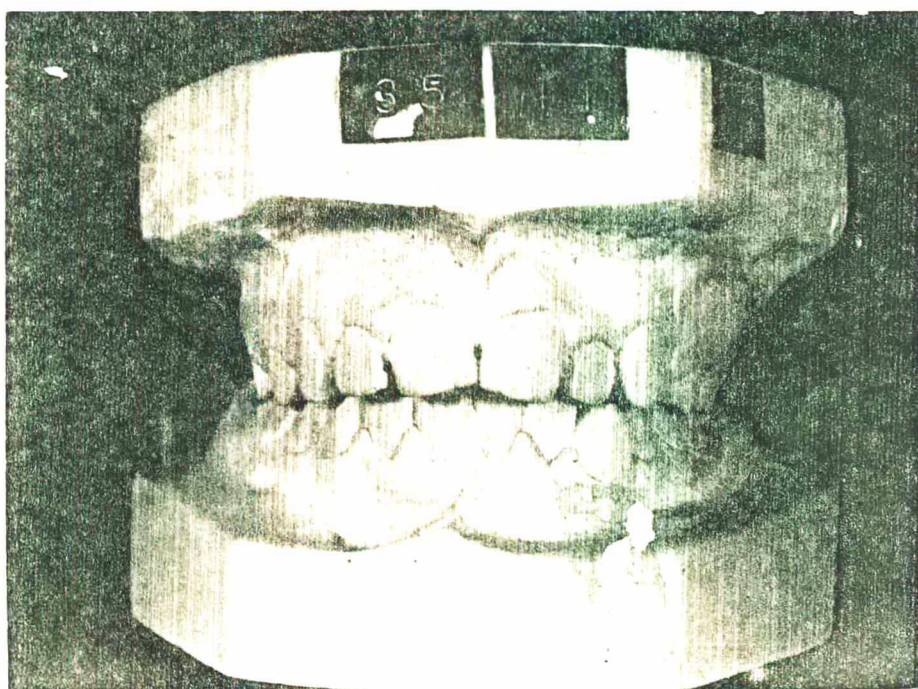


FIGURA 35 IIA

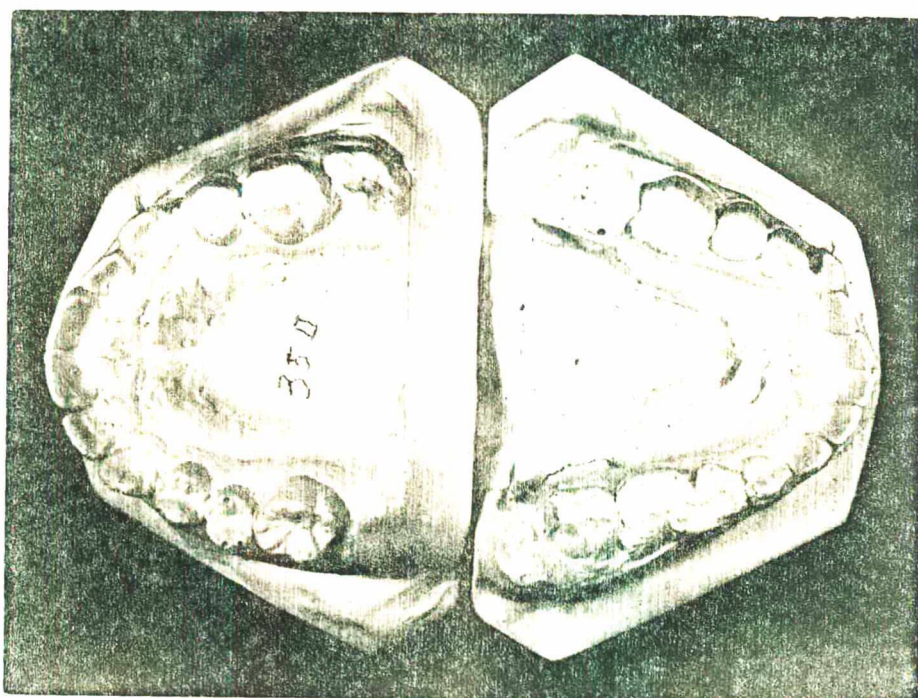


FIGURA 35 IIB

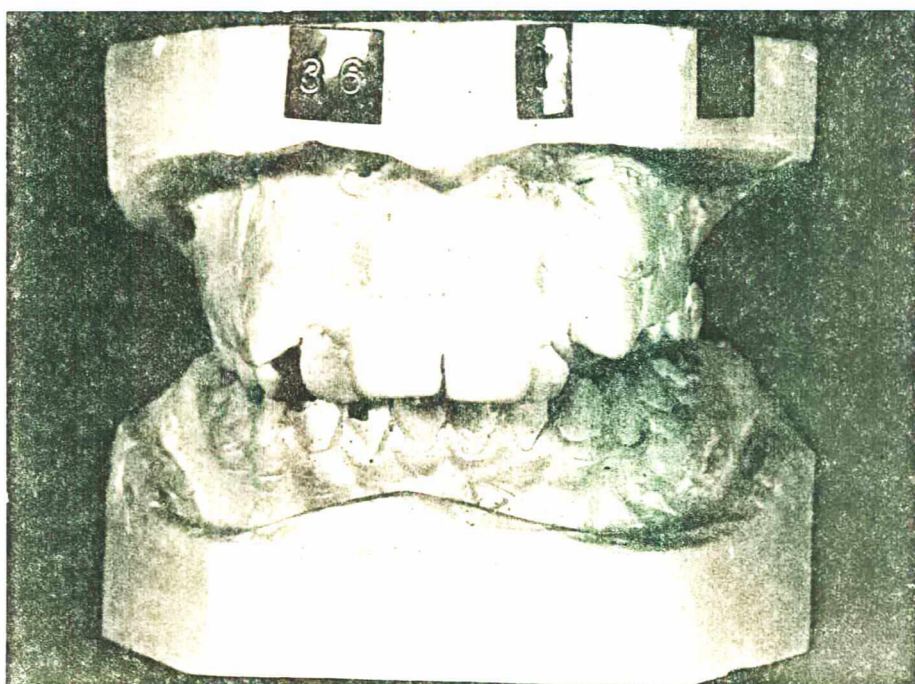


FIGURA 36 IA



FIGURA 36 IB

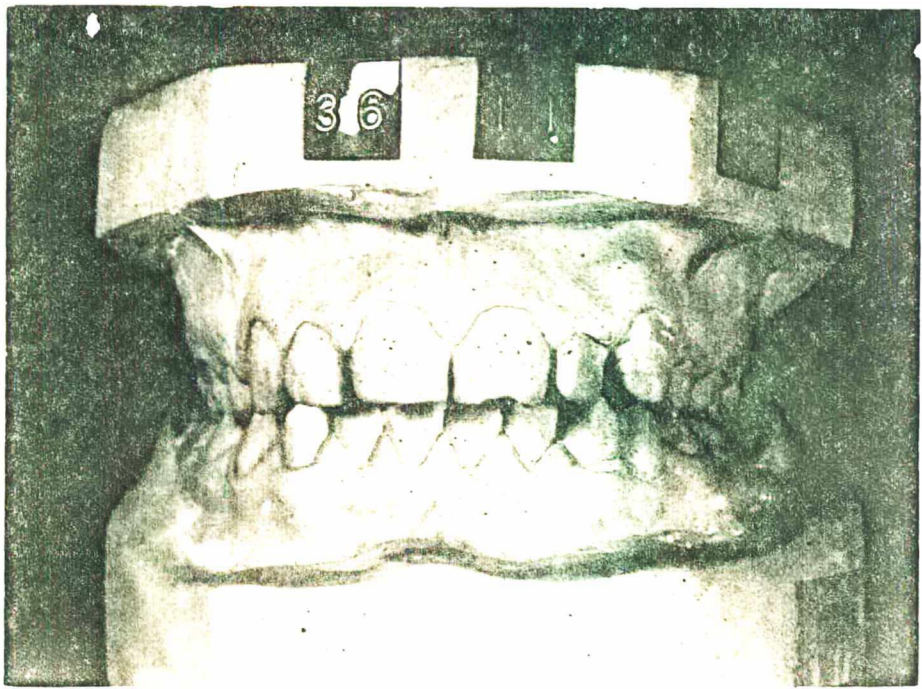


FIGURA 36 II A



FIGURA 36 IIB



FIGURAS 37 e 38 - Pacientes n.ºs 4 e 34 respectivamente onde observa-se a posição do dente 13 ocupando o espaço deixado pelo dente 14 extraído.

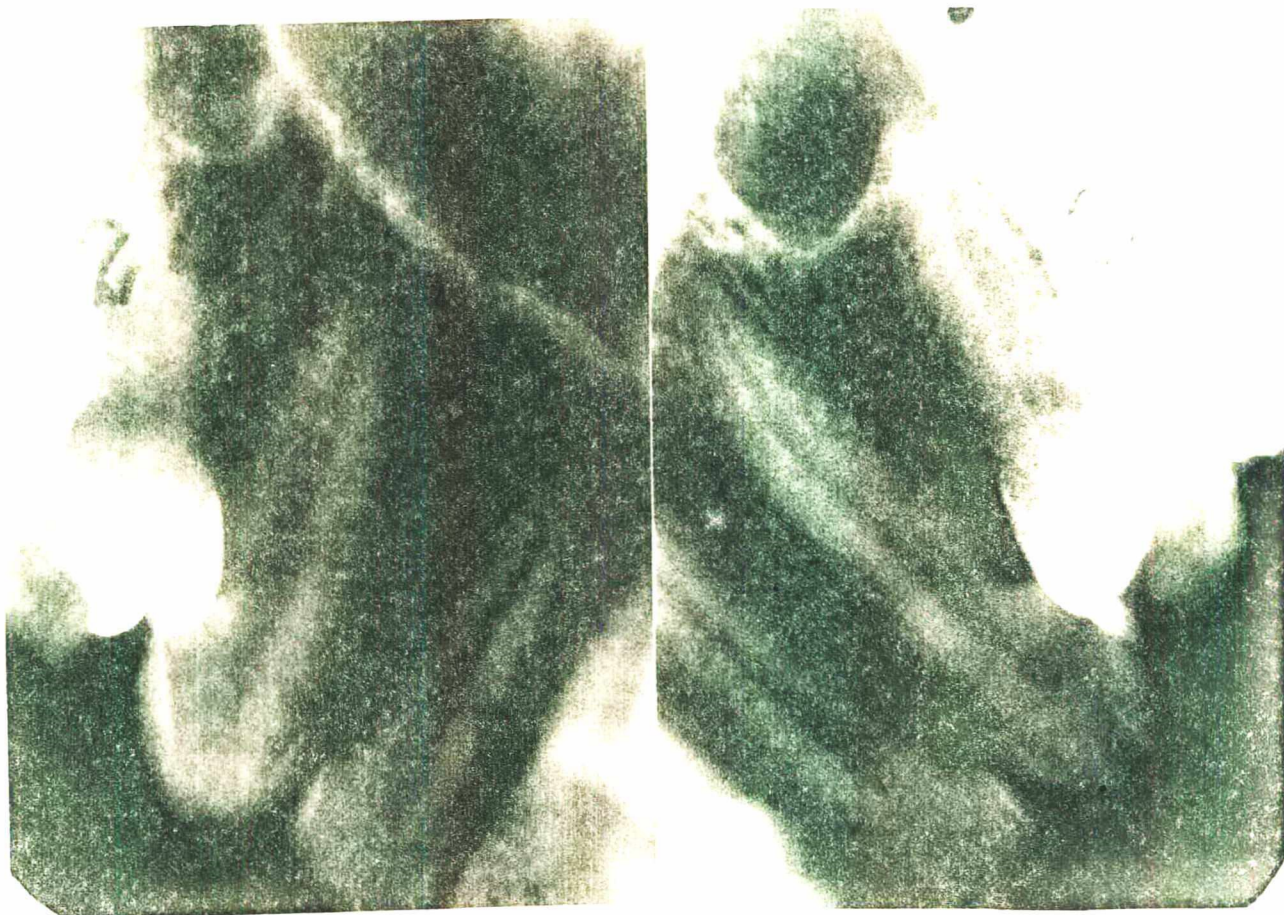


FIGURA 39 e 40 - Paciente nº 22 onde observa-se uma ra
zoável posição dos dentes 13 e 23 no
espaço dos dentes 14 e 24 extraídos.

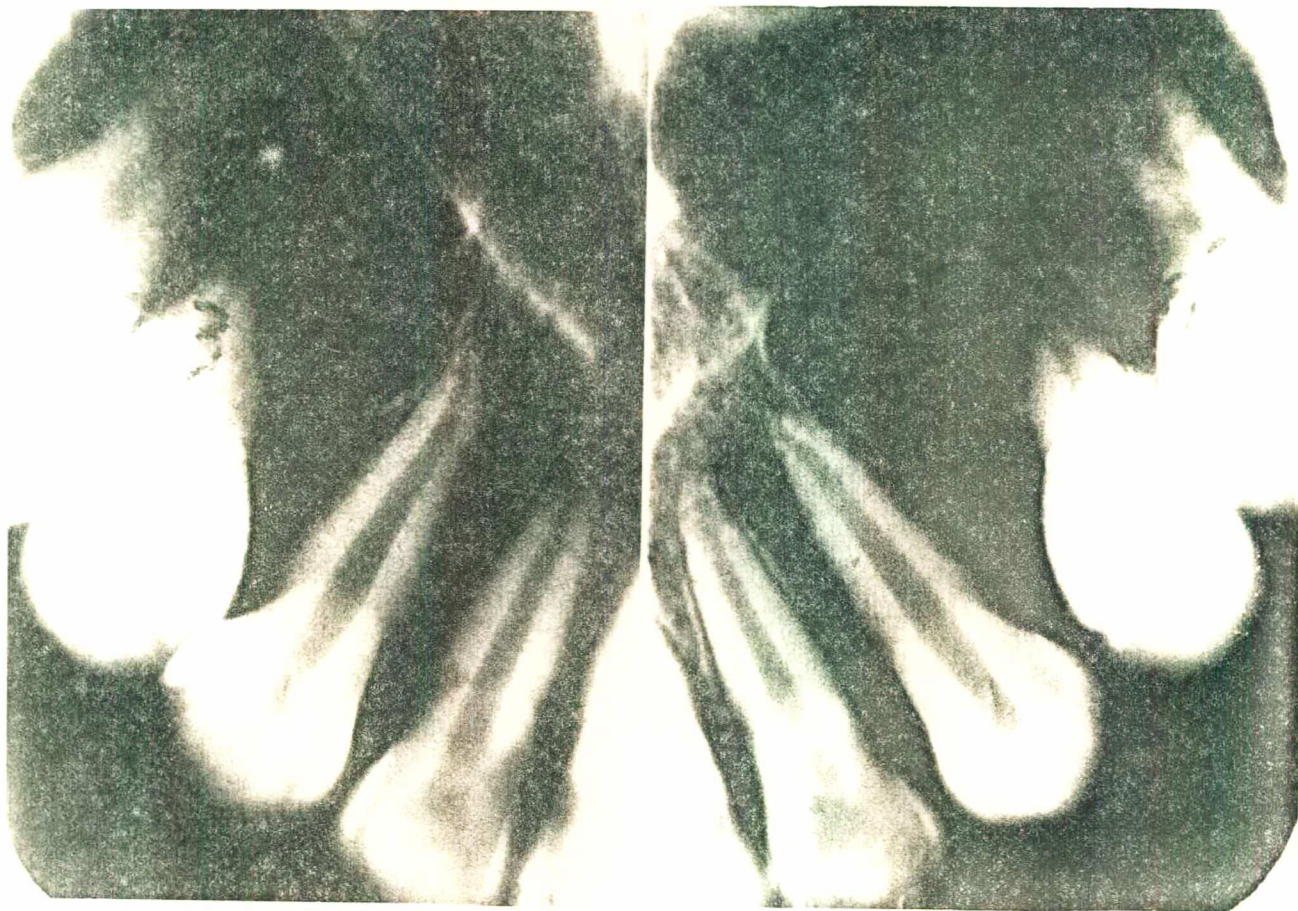


FIGURA 41 e 42 - Paciente nº 33 observa-se a posição favorável dos dentes 13 e 23 em posição dos dentes 14 e 24 extraídos.

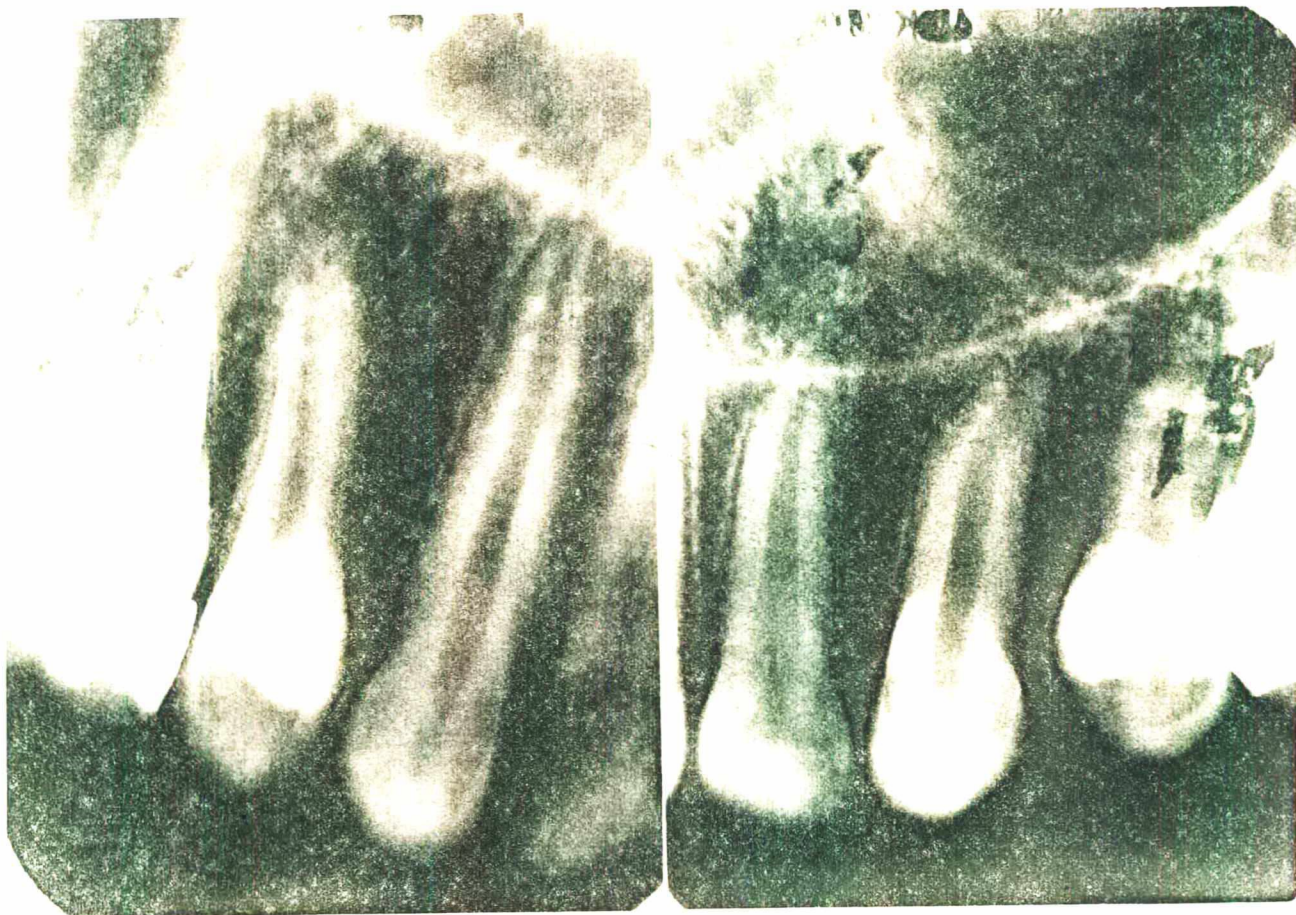


FIGURA 43 e 44 - Paciente nº 15 - os dentes ocupando os alvéolos dos dentes 14 e 24 extraídos.



FIGURA 45 e 46 - Paciente nº 13 onde observa-se os dentes 13 e 23 movimentados para o local dos dentes 14 e 24 extraídos.

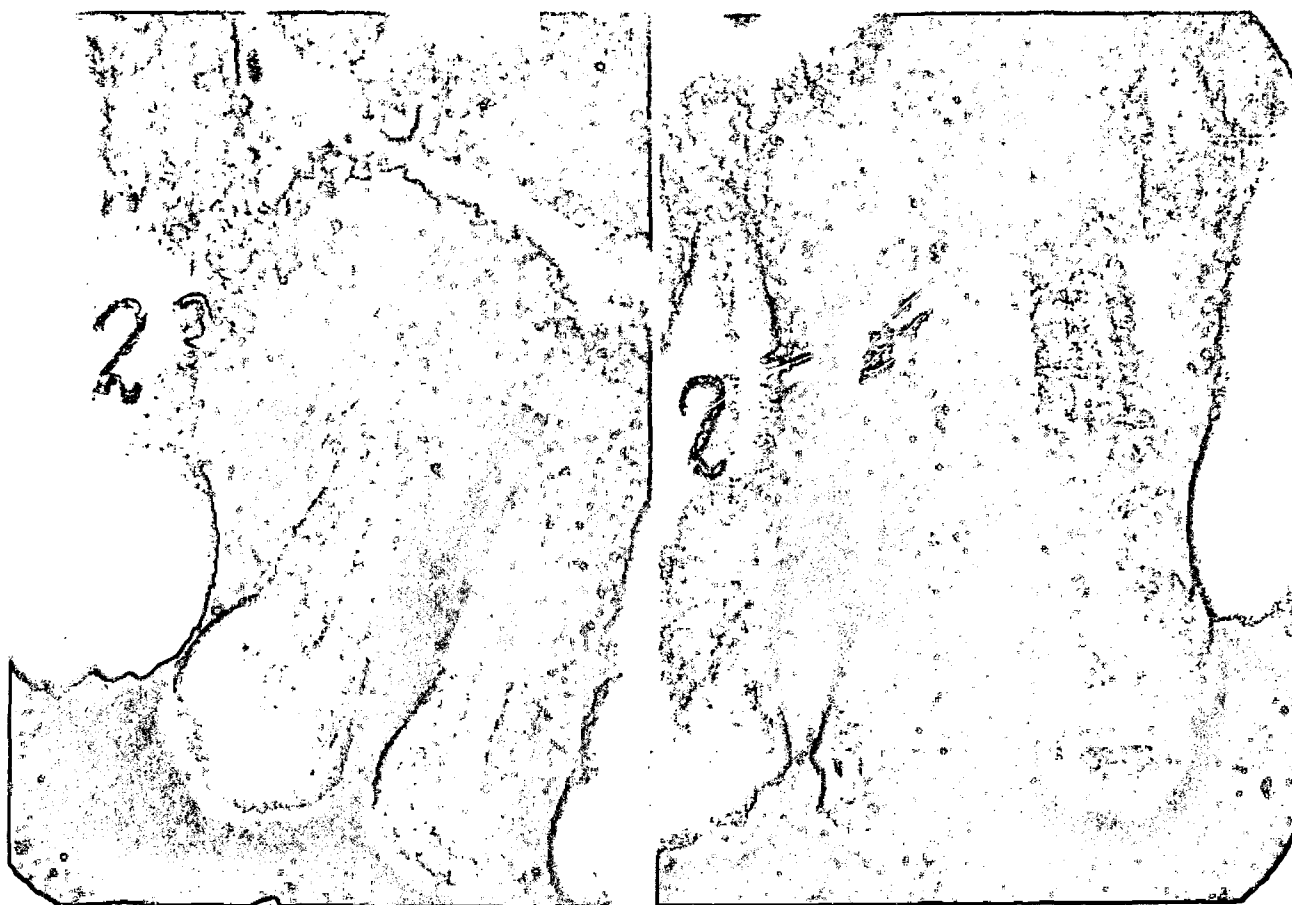
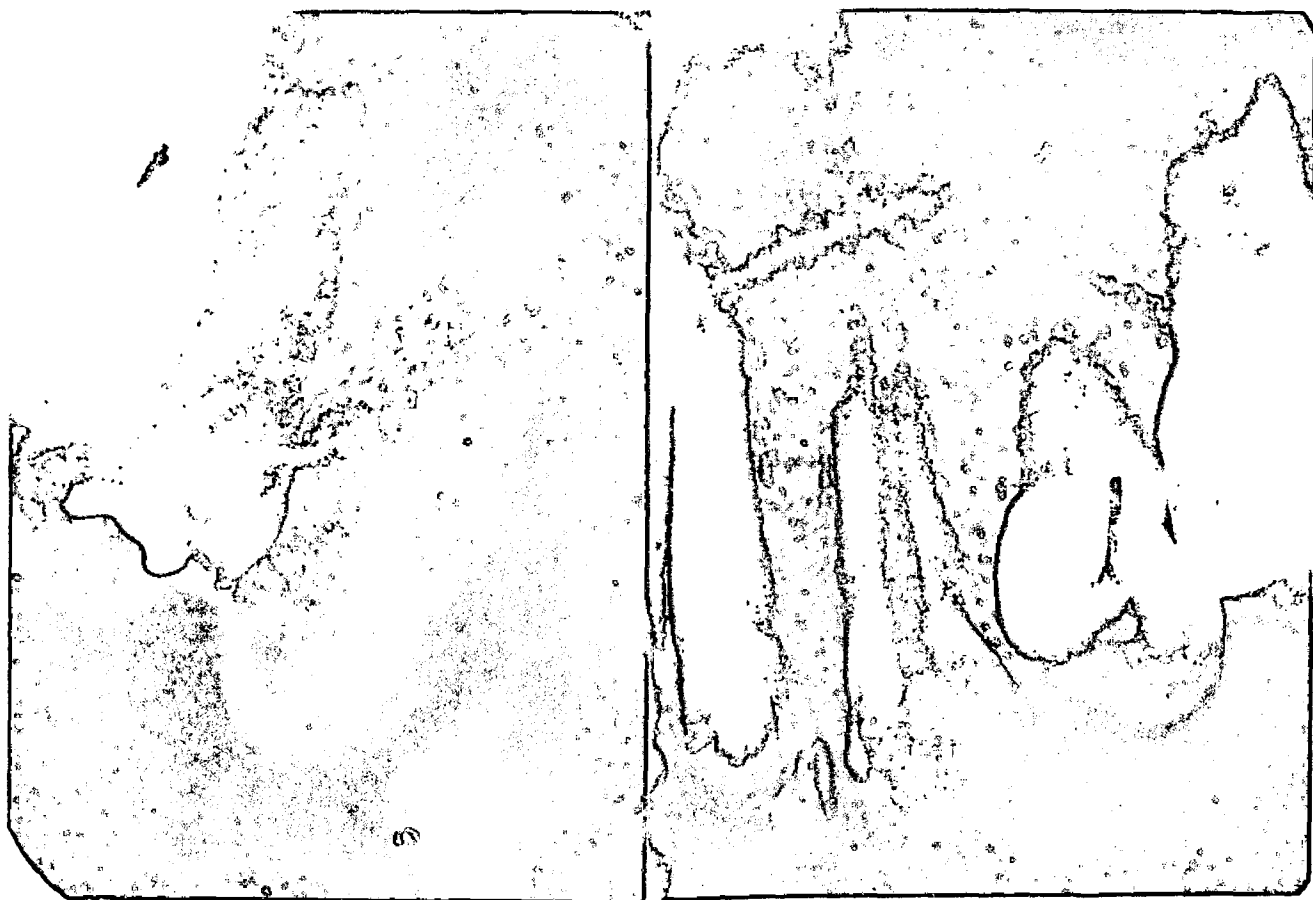


FIGURA 47 e 48 - Paciente nº 27 onde observa-se os dentes 13 e 23 em posição dos dentes 14 e 24, anteriormente.



FIGURAS 49 e 50 - Pacientes n^{os} 10 e 11 onde observa-se os dentes 13 e 23 em posição dos 14 e 24 extraídos.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 - Conforme exposto no Capítulo 4 Materiais e Métodos, as tabelas 5.1, 5.2 e 5.3 bem como os resultados do conceito atribuído pelos examinadores, constando das tabelas 5.4 e 5.5, foram realizados pelo Grupo de Apoio Estatístico à Pesquisa (CEC) da Universidade Federal de Santa Catarina. Os dados foram analisados em computadores marca IBM 4341.

Conforme os dados fornecidos por aquele Grupo de Apoio Estatístico à Pesquisa foram analisados os efeitos: idade, sexo, tipo de má-oclusão, tempo de tratamento, extrações de dentes e avaliação do tratamento.

Dos trinta e seis pacientes tratados, doze eram do sexo masculino: três Classe I, dois Classe II segunda divisão sub-divisão DE; vinte e quatro pacientes do sexo feminino: três Classe I, sete Classe II segunda divisão, sub-divisão esquerda (E), oito Classe II segunda divisão sub-divisão DE e dois Classe II primeira divisão sub-divisão DE.

5.2 - Idade - Foram atendidos 36 pacientes com idades variáveis de 9 a 17 anos. Sendo 10 pacientes com idade de 13 anos, 8 com 14 anos, 6 com 11 anos, 4 com 12 anos, 3 com 10 anos, 2 com 15 e 1 paciente para as idades 9, 16 e 17 anos. Como se pode observar na tabela 5.6 o número maior de atendimentos foi em pacientes com idade, de 13 e 14 anos. De conformidade com o exposto no Capítulo 4, os pacientes não foram selecionados pela idade, sexo ou cor, mas, sim ao acaso, daqueles que se apresentaram

TABELA 5.1 - DADOS GERAIS DOS PACIENTES.

NÚMERO	IDADE	SEXO	CLASSIFICAÇÃO MALOCCLUSÃO	INÍCIO TRA- TAMENTO	TÉRMINO TRA- TAMENTO	DENTES EX TRAÍDOS	MOVIMENTAÇÃO	TEMPO DE CORREÇÃO	OBSERVA- ÇÕES
01	10	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	11.11.78	10.05.80	12-24	13-23	18m	
02	14	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	15.05.79	25.02.80	14	13	17m	
03	17	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.	28.04.78	12.05.79	14-24	13-23	13m	
04	09	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	25.05.78	16.06.80	14	13	25m	O dente 12 cru- zado.
05	13	M	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	13.10.78	20.11.79	14	13	13m	
06	12	F	II 1 ³ Div. Sub Div. D.E.	14.09.78	12.03.79	14	13	18m	
07	13	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	25.01.79		14-24	13-23	14m	Abando- trata- men- to 25.3.80
08	14	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	11.10.78	15.03.80	24	23	17m	
09	11	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.	05.06.81	05.12.81	14	13	06m	
10	11	F	II 2 ³ Div. Sub Div. E.	25.09.79	30.06.80	14	13	09m	
11	13	M	II 2 ³ Div. Sub Div. D.	19.08.79	06.05.80	14	13	15m	
12	14	F	II 2 ³ Div. Sub Div. D.E.	06.10.78		14.24	13-23	19m	Abandonou tratamen- to 6.5.80

TABELA 5.2 - DADOS GERAIS DOS PACIENTES.

NÚMERO	IDADE	SEXO	CLASSIFICAÇÃO MALOCCLUSÃO	INÍCIO TRA- TAMENTO	TÉRMINO TRA- TAMENTO	DENTES EX- TRAÍDOS	MOVIMEN- TAÇÃO	TEMPO COR- REÇÃO	OBSERVAÇÕES
13	11	F	I	30.09.78	30.01.80	14 - 24	13 - 23	16m	
14	12	M	I	16.05.79	19.05.80	14 - 24	13 - 23	16m	
15	13	M	II 2 ^a Div.Sub Div. D.E.	17.04.79	12.10.79	14 - 24	13 - 23	06m	
16	13	F	II 2 ^a Div.Sub Div. D.E.	22.09.78	20.10.79	14 - 24	13 - 23	16m	
17	16	F	II 1 ^a Div.Sub Div. D.E.	14.04.78	06.03.80	14 - 24	13 - 23	23m	
18	15	M	II 2 ^a Div.Sub Div. D.	29.05.79	14.11.79	14	13	16m	
19	15	M	I	20.11.79	20.12.80	24	23	13m	
20	13	M	II 2 ^a Div.Sub Div. D.E.	20.11.79	31.03.81	14 - 24	13 - 23	16m	
21	13	F	II 2 ^a Div.Sub Div. D.E.	06.06.78		14 - 24	13 - 23	18m	abandonou trata- mento 05.12.79
22	13	F	II 2 ^a Div.Sub Div. E.	19.10.79	15.10.80	14 - 24	13 - 23	14m	
23	12	F	II 2 ^a Div.Sub Div. D.	12.05.78	17.06.80	14 - 24	13 - 23	25m	Os dentes 12 e 22 cruzados
24	13	F	II 2 ^a Div.Sub Div. E.	05.11.80	26.06.81	14 - 24	13 - 23	17m	o dente 12 cruza- do

TABELA 5.3 - DADOS GERAIS DOS PACIENTES.

NÚMERO	IDADE	SEXO	CLASSIFICAÇÃO MALOCCLUSÃO	INÍCIO TRATAMENTO	TERMINO TRATAMENTO	DENTES EX-TRAÍDOS	MOVIMENTO - TAÇÃO	TEMPO CORREÇÃO	OBSERVAÇÕES
25	14	M	I	19.11.80		14 - 24	13 - 23	05m	abandonou tratamento em 25.04.81
26	11	F	II 2 ^º Div. Sub.Div.D.	15.09.80		14 - 24	13 - 23	09m	abandonou tratamento em 24.06.81
27	14	F	II 2 ^º Div. Sub.Div.D.	29.10.80	25.03.81	14 - 24	13 - 23	05m	dente 22 cruzado
28	12	F	II 2 ^º Div. Sub.Div.D.	19.11.80	10.06.81	14	13	12m	
29	14	M	II 2 ^º Div. Sub.Div.DE	05.11.80	30.11.81	14 - 24	13 - 23	12m	dente 22 cruzado
30	10	M	II 2 ^º Div. Sub.Div.DE	30.10.80	01.04.81	24	23	06m	
31	13	F	II 2 ^º Div. Sub.Div.DE	23.10.80	03.12.81	14 - 24	13 - 23	14m	
32	14	M	II 2 ^º Div. Sub.Div.DE	21.11.80	10.06.81	14 - 24	13 - 23	13m	
33	11	F	I	20.11.79	25.02.81	14 - 24	13 - 23	22m	
34	11	F	II 2 ^º Div. Sub.Div.D.	05.06.79	05.11.80	14	13	18m	
35	10	F	I	17.04.79	16.06.79	24	23	08m	
36	14	M	II 2 ^º Div. Sub.Div.DE	13.12.79	23.03.81	14 - 24	13 - 23	15m	

dados dos pacientes números 4, 23, 24 e 29. Este último paciente embora a correção tenha sido feita em tempo curto, os resultados foram somente satisfatórios e o conceito atribuído foi de "Aceitável".

5.9.5 - casos Classe II, 1^a Divisão, Sub-Divisão direita ou esquerda de Angle, são contra-indicados com a aparatologia móvel, como apontam os resultados dos pacientes números 6 e 17. Estes resultados estão em concordância com a maioria dos autores.

5.9.6 - como já é consagrado, quando o espaço presente (distal dos dentes 12 ou 22 à distal dos dentes 14 ou 24, respectivamente) for menor que o espaço requerido (diâmetro méso-distal dos dentes 13 ou 23) a aparatologia móvel deve ser evitada. O caso do paciente número 29 comprova esta afirmação e o uso da aparatologia móvel deu somente resultado considerado aceitável.

5.9.7 - verificou-se, das experiências acumuladas durante os anos da presente pesquisa, ser possível atribuir ao aluno a confecção do aparelho de correção, desde que o professor responsável o acompanhe.

Quanto aos custos, pode-se verificar serem os mesmos insignificantes, quando comparados com os preços dos materiais empregados numa aparatologia fixa. Conforme exposto no capítulo de Materiais e Métodos, os aparelhos móveis foram confeccionados empregando-se fios de aço inoxidável e resina acrílica ativada quimicamente, de custos reduzidos.

TABELA 5.4 - MÉDIA DOS CONCEITOS ATRIBUÍDOS PELOS EXAMINADORES

PACIENTES	EXAMINADOR	EXAMINADOR	EXAMINADOR	EXAMINADOR	MÉDIA
CASOS	1	2	3	4	
1	BOM	BOM	ACEITÁVEL	BOM	BOM
2	BOM	ACEITÁVEL	BOM	BOM	BOM
3	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
4	BOM	ACEITÁVEL	BOM	ACEITÁVEL	BOM
5	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
6	ACEITÁVEL	PREJUDICADO	PREJUDICADO	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
7	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO
8	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
9	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
10	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
11	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
12	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO
13	BOM	BOM	ACEITÁVEL	BOM	BOM
14	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	BOM	BOM
15	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
16	BOM	PREJUDICADO	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
17	PREJUDICADO	PREJUDICADO	ACEITÁVEL	PREJUDICADO	PREJUDICADO
18	BOM	ACEITÁVEL	BOM	ACEITÁVEL	BOM
19	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
20	BOM	ACEITÁVEL	BOM	BOM	BOM
21	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO
22	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
23	BOM	ACEITÁVEL	BOM	ACEITÁVEL	BOM
24	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
25	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO

TABELA 5.5 - MÉDIA DOS CONCEITOS ATRIBUÍDOS PELOS EXAMINADORES

PACIENTES	EXAMINADOR	EXAMINADOR	EXAMINADOR	EXAMINADOR	MÉDIA
CASOS	1	2	3	4	
26	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO	PREJUDICADO
27	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
28	ACEITÁVEL	BOM	BOM	ACEITÁVEL	BOM
29	ACEITÁVEL	PREJUDICADO	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
30	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
31	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
32	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
33	BOM	PREJUDICADO	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
34	BOM	PREJUDICADO	BOM	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
35	BOM	BOM	PREJUDICADO	ACEITÁVEL	ACEITÁVEL
36	BOM	ACEITÁVEL	BOM	BOM	BOM

TABELA 5.6 - IDADE DOS PACIENTES TRATADOS.

IDADE ANOS	NÚMERO PACIENTES	%
9	1	2,8
10	3	8,3
11	6	16,7
12	4	11,1
13	10	27,8
14	8	22,2
15	2	5,6
16	1	2,8
17	1	2,8

na Clínica do Curso de Graduação em Odontologia, com problemas de caninos ectópicos. O período de idade de 13 e 14 anos justamente é idade que coincide do agravamento de situação, quando o canino ou caninos estão visivelmente vestibularizados por falta de espaço na arcada para erupção normal dos mesmos. Observa-se entretanto, embora decrescente do número de pacientes atendidos em função de idades menores, vários pacientes nas idades de 9 a 12 anos. No grupo das idades de 15 a 17 anos foi menor o número de atendimentos, o que vem a comprovar a tendência dos pacientes possuem de solucionar os problemas de má-oclusão quando estes aparecem.

Conforme o que foi visto na Revisão da Literatura, LEWIS¹⁰ (1970), DARQUE⁴ (1968), quando o tratamento é realizado precocemente os resultados finais são conseguidos em pouco tempo, levando-se em conta a severidade do caso.

5.3 - A tabela 5.7 mostra que dos 36 pacientes examinados 24 eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino correspondendo às percentagens de 66,6 e 33,3% respectivamente. Todavia, julgou-se que a amostragem não é representativa para concluir-se pela predominância de má-oclusão por um determinado sexo. Supõe-se que houve maior número de pacientes do sexo feminino, devido às razões características deste sexo ou seja puberdade mais cedo do que o sexo masculino, assim como questões sociais.

5.4 - Má-oclusão - Dos 36 pacientes examinados 41,7%, correspondendo 15 pacientes, eram portadores de má-oclusão Classe II 2ª divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle, que está expressa na tabela 5.8. Examinando a referida tabela, observa-se que os dentes 13 e 23 ectópicos predominam nos pacientes portadores

TABELA 5.7 - RELAÇÃO DE SEXO DOS PACIENTES ATENDIDOS

S E X O	Nº P A C I E N T E S	%
MASCULINO	12	33
FEMININO	24	66
TOTAL	36	99,66

TABELA 5.8 - CLASSIFICAÇÃO DAS MÃ-OCLUSÕES DE ANGLE.

CLASSES DE MÃ-OCLUSÕES	Nº PACIENTES	%
CLASSE I	6	16,7
CLASSE II, 2 ^a DIVISÃO, SUB-DIVISÃO DIREITA-ESQUERDA	15	41,7
CLASSE II, 2 ^a DIVISÃO, SUB-DIVISÃO ESQUERDA	4	11
CLASSE II, 2 ^a DIVISÃO, SUB-DIVISÃO DIREITA	9	25
CLASSE II, 1 ^a DIVISÃO, SUB-DIVISÃO DIREITA-ESQUERDA	2	5,6
TOTAL	36	100

de mã-oclusão Classe II 2^a divisão, sub-divisão direita-esquerda de Angle ou na mesma Classe unilateral direita ou esquerda de Angle. O somatório deste tipo de mã-oclusão corresponde a 77,7% dos pacientes tratados ou seja 28 dos 36. O restante dos pacientes mais específico dos 8, 6 eram portadores de mã-oclusão Classe I de Angle correspondendo a 16% dos pacientes e 2 portadores de mã-oclusão Classe II 1^a divisão, sub-divisão direita e esquerda de Angle, correspondendo a 5,6%.

5.5 - Período de Tratamento - O período de tratamento que caracterizou o tempo necessário desde o início ao término da correção, incluindo o tempo em que os pacientes usaram os aparelhos de contenção estão expressos na tabela 5.9. Foi subdividido em 4 grupos o tempo de atendimento, com intervalo de 5 meses cada grupo. Assim, temos no grupo de 5 a 10 meses, 8 pacientes do total dos 36, correspondendo a 22,2% dos mesmos. O segundo grupo, de 10 a 15 meses também com 8 pacientes, correspondendo igualmente a 22,2% dos pacientes. O terceiro grupo, com tempo de tratamento de 15 a 20 meses, situam-se no global, o número maior dos pacientes, representando 15, e em porcentagem, 41,7%. O último grupo, o quatro, compreendido nos limites de tempo de 20 a 25 meses, estão somente 5 pacientes representando 13,9%. Do exame dessa tabela 5.9, verifica-se um número expressivo de pacientes com tratamentos terminados com média até 15 meses e a maioria até aos 20 meses representando 86,9%. Somente em 13% dos pacientes houve necessidade de um período maior de atendimentos. Embora os resultados alcançados quanto ao período de tratamento sejam maiores que os conseguidos quando comparados com outros pesquisadores, como LEWIS¹⁰ (1970). Ressalva-se entretanto, que no período relacionado nesse trabalho, está incluído o

TABELA 5.9 - TEMPO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES

TEMPO	Nº PACIENTES	%
5 a 10 meses	8	22,2
10 a 15 meses	8	22,2
15 a 20 meses	15	41,7
20 a 25 meses	5	13,9
TOTAL	36	100

TABELA 5.10- DENTES EXTRAÍDOS DOS PACIENTES ATENDIDOS

DENTES	QUANTIDADE	%
14	10	27,8
24	4	11,1
14 - 24	22	61,1
TOTAL	36	100

TABELA 5.11- CONCEITOS ATRIBUÍDOS AOS PACIENTES TRATADOS,

CONCEITO	Nº PACIENTES	%
BOM	20	55,6
ACEITÁVEL	10	27,8
PREJUDICADO	6	16,7
TOTAL	36	100

tempo que o presente utilizou para contenção, usando placas de Hawley, no intuito de evitar recidivas. Portanto, se for examinado o tempo propriamente dito de correção pela aparatologia móvel, verifica-se ser semelhante ao prazo dado por LEWIS¹⁰ (1970). Todavia como já afirmado, o período de contenção é extremamente importante e que todos os autores, durante os quais RIBEIRO¹³ (1979) concorda, deve existir um período relativamente grande de contenção, para que as recidivas sejam as menores possíveis. Deve-se levar em conta que os atendimentos ocorreram num Ambulatório (Curso de Graduação em Odontologia). Levando-se em conta o tipo de atendimento ao público, de pessoas que podem apresentar com pouca cultura ou formação e de poder aquisitivo menor do que aqueles pacientes encontrados em consultórios particulares. Esses fatores julga-se, certo, que contribuíram para um maior tempo indispensável de atendimentos, pois, a desmotivação desses pacientes era maior. Ainda há que levar em conta o tempo disponível do professor pesquisador e dos alunos que ajudaram nos atendimentos dos pacientes. Entretanto, quanto ao fator tempo, a aparatologia móvel demonstrou ser mais eficiente que os conseguidos por outros autores com aparatologia fixa como STRANG¹⁸, SALZMANN¹⁵.

5.6 - Dentes extraídos - Dos 36 pacientes atendidos 22 correspondendo a 61,1% houve necessidade de extração dos dentes 14 e 24. Outros 10 pacientes houve extração do dente 14 representando 27,8%. Quatro pacientes foi feita a extração do dente 24, conforme resultados expostos na tabela 5.11. Fica exposto que o problema de espaço para os caninos ocorre com frequência bilateralmente pela significância dos dados, representando 61,1%.

dos pacientes. Conforme estudos das correções ortodônticas é verificado nas correções executadas nesta pesquisa quando se faz extração somente de um lado, ou seja só de um hemi-arco direito ou esquerdo, ocorre de um modo geral um desvio da linha média.

SCOTTI et alii¹⁶ afirmam que em todos os casos tratados, ter extraído 80% dos dentes 14 e 24. Na presente pesquisa, o índice foi 100% levando-se em conta pelo menos uma extração para cada paciente. Entretanto, quando analisadas extrações conjuntas (dentes 14 e 24) o índice foi de 61,1%.

5.7 - Avaliação - Os resultados da avaliação dados pelos quatro examinadores estão expressos na tabela 5.11. Assim foi julgado "Bom" 20 dos 36 pacientes atendidos pela aparatologia móvel, representando um índice de 56%. Foi atribuído um conceito "Aceitável", para os resultados finais de 10 pacientes, representando um índice de 27,8%.

Foi julgada prejudicada a correção de 6 pacientes, representando o índice de 16,7%. Ressalva-se entretanto, que na condição de prejudicado foram colocados aqueles pacientes que abandonaram o tratamento, cujo resultado final não se pode verificar. Na verdade dos 6 pacientes atribuídos como nota prejudicada, 5 estão como desistentes ou que abandonaram o tratamento. A rigor o índice de prejudicado é 1 paciente e que se fosse colocado em termo de porcentagem não representaria mais que 3%. O conceito "Bom" é resultado de mais de 50% dos casos tratados. O somatório dos índices Bom e Aceitável é de 83,4% (tabela 5.11, o que se pode reconhecer da validade do uso da aparatologia móvel para a correção dos dentes 13 e 23 ectópi-

cos. A estas vantagens somam-se aquelas enumeradas no Capítulo 1 ou seja: o emprego em ambulatório de clínicas odontológicas, como dos Cursos de Graduação em Odontologia, onde não se requer do aluno conhecimentos e técnicas supra-especializados e ainda levando-se em consideração o tempo de tratamento razoavelmente curto e despesas reduzidas. Este último fato pode pesar já que os pacientes que procuram esta Universidade, a maioria, não possui condições econômicas para custear pelo menos a compra de material ortodôntico. Convém ressaltar que se pretende, ao concluir pela validade de aparatologia móvel para este tipo de má-oclusão, excluir o uso de aparatologia fixa. Muito ao contrário, suas vantagens são bastante conhecidas e deve-se praticá-las sempre que possível.

5.8 - Correlação da idade dos pacientes com outros fatores -

Tentou-se verificar a influência da idade dos pacientes com outros fatores tais como: período de tratamento, má-oclusões, sexo e resultados alcançados. Naturalmente como já era esperado a correlação dos efeitos: idade, sexo e tipo de má-oclusão não surtiu resultados que pudessem ser avaliados. Conforme explicado no item 5.3 houve predominância de sexo feminino mas, devido a um número pequeno de casos, não se pode chegar a uma conclusão tornando-se sem importância correlacionar o efeito da idade com o sexo.

Verificou-se pelo estudo da tabela 5.8 que houve predominância nos tratamentos de má-oclusão Classe II 2ª Divisão, Sub-Divisão direita e esquerda de Angle, e, segundo tabela 5.3 o número de pacientes atendidos foi maior na faixa etária de treze a quatorze anos. Obviamente a idade de treze e

quatorze anos correspondeu a um número maior de má-oclusão Classe II 2ª Divisão, Sub-Divisão direita e esquerda de Angle, como já era esperado e expresso na tabela 5.12. A correlação entre idade e o tempo necessário para o término da correção está expressa na tabela 5.13.

Os resultados se analisados separadamente, apontam que a idade tem fator de importância para o êxito da correção, bem como de resultados melhores em menor prazo, se o tratamento for começado logo que surja o problema.

Da análise da tabela 5.13 verifica-se com crianças de nove e doze anos houve necessidade para algumas, de tratamento até vinte e cinco meses. A explicação prende-se ao fator idade cronológica de erupção dos dentes permanentes. Assim uma criança tratada com idade de nove a dez anos houve necessidade de maior tempo devido principalmente à espera do irrompimento normal dos dentes 13 e 23 para seu completo tratamento. O número de crianças atendidas nessa faixa etária é pequeno, diminuindo a significância dos resultados. As crianças tratadas com idade entre treze e quatorze anos são em maior número, representando dezoito pacientes dos trinta e seis tratados. Como já foi visto anteriormente, nesta faixa coincide com o irrompimento dos dentes 13 e 23 e com o agravamento do caso, se não for tratado. Mas se seguido de tratamento imediato, a correção tende a ser rápida como comprova a maioria dos resultados.

5.9 - Comentários Gerais - Sendo a presente pesquisa realizada com caráter clínico, na qual não se pode ter parâmetros fixos para medir e avaliar, como em pesquisa laboratorial, convém ressaltar as experiências e as observações registradas pelo investiga

TABELA 5.12 - IDADE DOS PACIENTES RELACIONADA COM O TIPO DE MÃ-OCCLUSÃO.

Mã-oclu- são	CLASSE I	CLASSE II 2ª Div.Sub Div. D.E.	CLASSE II 2ª Div.Sub Div.E.	CLASSE II 2ª Div.Sub Div. D.	CLASSE II 1ª Div.Sub Div.D.E.	TOTAL
9	0 0.0	1 2.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.8
10	1 2.8	2 5.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 8.3
11	2 5.6	0 0.0	1 2.8	3 8.3	0 0.0	6 16.7
12	1 2.8	0 0.0	0 0.0	2 5.6	1 2.8	4 11.1
13	0 0.0	7 19.4	2 5.6	1 2.8	0 0.0	10 27.3
14	1 2.8	5 13.9	1 2.8	1 2.8	0 0.0	3 22.2
15	1 2.8	0 0.0	0 0.0	1 2.8	0 0.0	2 5.5
16	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.8	1 2.8
17	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.8	0 0.0	1 2.3
COLONA TOTAL	6 16.7	15 41.7	4 11.1	9 25.0	2 5.6	35 100.0

TABELA 5.13 - IDADE DOS PACIENTES RELACIONADO COM O PERÍODO DE TRATAMENTO EM MESES.

IDADE	05 a 10 MESES	10 a 15 MESES	15 a 20 MESES	20 a 25 MESES	TOTAL
9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.8	1 2.8
10	2 5.6	0 0.0	1 2.8	0 0.0	3 8.3
11	3 8.3	0 0.0	2 5.6	1 2.8	6 16.7
12	0 0.0	1 2.8	2 5.6	1 2.8	4 11.1
13	1 2.8	3 8.3	5 13.9	1 2.8	10 27.8
14	2 5.6	2 5.6	4 11.1	0 0.0	8 2.2
15	0 0.0	1 2.8	1 2.8	0 0.0	2 5.6
16	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.8	1 2.8
17	0 0.0	1 2.8	0 0.0	0 0.0	1 2.8
COLUNA	8	8	15	5	36
TOTAL	22.2	22.2	41.7	13.9	100.0

dor, durante o tempo em que foram realizados os atendimentos.

Primeiramente deve-se ressaltar os percalços encontrados pelo investigador na colheita da documentação necessária tais como: modelos, radiografias e padronização do sistema. Nem sempre os pacientes colaboravam para tal; muitas vezes teve que ir a procura dos mesmos para complementação dos dados. Outros tinham que ser chamados para comparecer dentro dos prazos fixados, portanto, a razão de alguns casos serem apresentados faltando comprovação de modelos ou radiografias intermediárias e mesmo finais.

Das experiências acumuladas pelo pesquisador e do estudo de todos os casos de tratamento, como histórico individual de cada paciente e dos resultados das tabelas pode-se ainda verificar que:

5.9.1 - a idade tem influência no tempo do tratamento; quanto mais precoce os dentes 13 e 23 irromperem em vestibulo versão, mais favorável torna-se o tratamento, como indicam os casos dos pacientes de números 10 e 35.

5.9.2 - a movimentação dos dentes 13 e 23 com a aparatologia móvel é mais favorável, a julgar pelas experiências da presente pesquisa, antes da calcificação dos ápices dos referidos dentes.

5.9.3 - coroas dos dentes 13 e 23 inclinadas para mesial e raiz inclinadas para distal, são casos fáceis de movimentar com a aparatologia móvel, como indicam os casos dos pacientes 30, 1 e 5 respectivamente.

5.9.4 - nos casos de dentes 12 e 22 cruzados, bem como os dentes 13 e 23 ou ambos, em vestibulo versão, o tratamento é mais difícil e demorado, como apontam os resul-

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES

Tendo em vista a discussão feita no Capítulo anterior, em função dos resultados e métodos expressos no Capítulo 4, é lícito concluir:

6.1 - A aparatologia móvel pode ser indicada para a correção dos dentes 13 e 23 ou ambos, ectopicamente, ressalvando os casos em que haja:

- 1) Dentes 12 e 22 ou ambos cruzados e dentes 13 e 23 ou ambos, em lábio versão, em um mesmo caso.
- 2) Quando o espaço presente for menor que o requerido.

6.2 - Das experiências e dos resultados alcançados julgou-se poder indicar o emprego da aparatologia móvel em clínicas como os Cursos de Graduação em Odontologia, em vista dos fatores tempo, custos e facilidade de confecção dos aparelhos.

6.3 - Os custos para confecção dos aparelhos móveis são bastante reduzidos quando comparados com a aparatologia fixa.

6.4 - A confecção do aparelho é fácil podendo ser feita pelo próprio aluno, com o auxílio do professor.

6.5 - De um modo geral a idade tem influência no tempo de tratamento. Quando mais precoce os dentes 13 ou 23 irrompe-

rem em vestibulo versão, mais favorável o tratamento.

- 6.6 - O tempo de tratamento é relativamente curto, tendo conseguido baixas de 86,9%, dos pacientes com vinte meses de tratamento, já incluindo o tempo gasto para contenção.
- 6.7 - A julgar pelo número de pacientes tratados verificou-se uma predominância de tratamentos de pacientes portadores de má-oclusão Classe II, 2^a Divisão, Sub- Divisão direita e esquerda de Angle.

CAPÍTULO 7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ADAMS, Philip C. - Diseno y construccion de aparatos ortodonticos removibls. 2^a ed. Buenos Aires, Mundi, p.73-7, 1961.
02. BATISTA, J. M. - Distalização de caninos superiores com aparelhos móveis. Rev. Gaúcha Odont., 22(1):66-7, 1967.
03. CHATEAU, M. - Orthopedie Dento-Faciale. 3^a ed. Paris, ed. Julieu Prélat, 1964, p.511.
04. DARQUÉ, J. et alii - The problems of the distal movement in orthodontics. Odontost. Midi France, 26:138-45, 1968.
05. GRABER, T. M. - Ortodontia teoria e prática. 3^a ed. México, Interamericana, p. 891. 1974.
06. GRECCO, A.J.T. - Distalização de caninos superiores com aparelhos móveis. Rev. Soc. Paul. Ortod., 1(2-3):89-90, mai/dez., 1968.
07. HAULP, K, GROSMANN, W. J. CLARKSON, P. - Ortopedia Funcional dos maxilares. 1^a ed, Buenos Aires, Mundi, 1969, p.375.
08. KARWETZKY, R. - Repositioning of the cuspid in the 97 cases. DDZ. 20:574-7, Spe., 1966.
09. LEWIS, P. D. - Space closure in extraction cases. Amer. J,Orthod., 36:172-91, 1950.

10. LEWIS, P. D. - Canino retraction. Amer. J. Orthod., 57(6): 543-60, Jun., 1970.
11. LEWIS, P. D. & WASH, S. - Space closure in extraction cases. Pacific Coast Orthod., (São Francisco). 2:172-91, Fev., 1949.
12. MODI, A. B. & PARIKH, N. H. - Orthodontics corretive, Retrac~~tion~~tion of canine teeth. J. Allindia Dent. Assoc., 37:335-7 , nov., 1965.
13. RIBEIRO, H. A. - Avaliação do movimento de rotação dental em casos tratados ortodonticamente e com um mínimo de 3 anos pós-contenção. Rio de Janeiro, 1979. Tesee Apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para obtenção do título de Mestre em Ciências.
14. MOYERS, R. E. - Handbook of orthodontics for the Student and General Practioner. 3^aed. Chicago. Year Book Medical Publishers Incorporated, 1977. p.778.
15. SALZMANN, J. A. - Orthodontics Practice and Technics. 2^aed. J. B. Lipincott Company, 1957, p.497.
16. SCOTTI, S. et alii - Analysis of vsrious methods of fistali- zation of the cuspides. Mundo Odontomast., 36:172-91, 1950.
17. STOCKFISCH, M. - Ortopedia de los maxilares. 1^a Argentina, Mun~~di~~di, 1962, p.505.
18. STRANG, R.H.W. - Tratado de Ortodontia. 3^aed. Buenos Aires, Ed. Bibliográfica Argentina, 1957. p.852.
19. WHITE, T. C. et alii - Manual de Ortodontia. 2^aed. Buenos Aires, Mundi. 1958, p.335.